CENA 80 ZŁ.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 1 (XII) | Listopad - Grudzień 1948 | Nr 2-3



WYDAWCA: POLSKI CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko; adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy zaopatrzyć w dokładny opis; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 1 (XLI) Listopad - Grudzień 1948 Nr 2-3

WSZYSTKIM NASZYM KOLEŻANKOM
CZYTELNIKOM I WSPÓŁPRACOWNIKOM

Z OKAZJI NADCHODZĄCEGO

Nowego Roku

SERDECZNE ŻYCZENIA

SKŁADA

Redakcja

...Baczną uwagę należy zwrócić na pracę pielęgniarek, sanitariuszek i sanitariuszy. Ta grupa personelu lekarskiego kształtuje m. in. atmosferę w zakładach leczniczych, nadaje im określone oblicze i styl.

...Usunięcia objawów średniowiecza z naszych szpitali można dokonać przede wszystkim w oparciu o zdrowe i postępowe kadry pielęgniarek, przez systematyczną pracę ideowo - wychowawczą w tym środowisku, przez reformę programów nauczania w szkołach pielęgniarskich. Masowa akcja szkolenia personelu średniego musi nam dać nie tylko gruntownie, fachowo przygotowane, ale również ideowe, świadome politycznie kadry pielęgniarek...

Z przemówienia wygłoszonego przez Wice-Ministra ob. Dr J. Sztachelskiego, w październiku 1948 r., na Krajowej Naradzie aktywu PPR Służby Zdrowia.

DNIA 28 października br. Sejm Ustawodawczy RP przyjął ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Ustawa ta ma dla nas znaczenie przełomowe.

„Sprawa zdrowia jednostki przestała być sprawą prywatną i stała się zagadnieniem państwowym." — czytamy w uzasadnieniu projektu ustawy. W tym zdaniu wyrażona jest podstawowa myśl społecznego systemu służby zdrowia.

Zdrowie człowieka przestaje być przedmiotem prywatnego handlu i wyzysku, a staje się cenną wartością, o której zachowanie i utrzymanie dbać będzie Państwo, kierując walką o zdrowie z jednego ośrodka dyspozycyjnego i planowo tę walkę prowadząc. W ogólnej hierarchii potrzeb na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie zdrowia mas pracujących, a więc tej części narodu, która w ustroju przedwrześniowym była najbardziej upośledzona, której pomoc lekarska jest najbardziej potrzebna.

Uspołecznienie służby zdrowia oznacza nie tylko zmianę systemu organizacyjnego, ale i poważną zmianę oblicza tej służby. W społecznej służbie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera zagadnienie zapobiegania chorobom, podczas kiedy w służbie opartej na zasadach prywatno - handlowych zagadnienie to ma tylko podrzędne znaczenie. Zapobieganie chorobom to nie tylko szczepienia ochronne, ale to nieustanna troska o higienę bytu i pracy, poradnictwo, praca sanitarno - opiekuńcza i sanitarno - oświatowa. W tym zakresie szczególnie odpowiedzialne zadania spadają na barki pielęgniarek.

Uspołecznienie służby zdrowia oznacza dalej ukształtowanie tej służby tak, aby przedmiotem naszych wysiłków zapobiegawczych i leczniczych był nie tylko pojedyńczy człowiek, ale całe środowisko ludzkie.

Placówki społecznej służby zdrowia nie czekają biernie na chorego, ale szukają chorych, czynnie ujawniają choroby, zajmują się np. nie tylko samym gruźlikiem, kiedy on się zgłosi do lekarza lub kiedy przebywa w sanatorium, ale zajmują się rodziną, którą on nieświadomie zarazi, zajmują się nią — zanim ona sama uświadomi sobie, że jest zagrożona gruźlicą. Realizacja tych czynnych zadań służby zdrowia zależy również w dużej mierze od sumienności i uspołecznienia personelu pielęgniarskiego.

Uspołecznienie służby zdrowia kładzie kres haniebnym stosunkom, przy których w zakładzie leczniczym lepszą pomoc lekarską i lepszą pielęgniarską opiekę mogą sobie kupić ci, którzy się wzbogacili cudzą pracą, podczas gdy sami pracujący skazani są na minimalną, zdawkową pomoc. Uspołecznienie służby zdrowia położy kres, upokarzającym zawód pielęgniarski, faktom kupowania sobie przez chorych lepszej pielęgnacji i tym samym podniesie godność pielęgniarki.

Uspołecznienie Służby Zdrowia związane jest z wzmocnieniem władzy Ministerstwa Zdrowia, które stanie się jedynym ośrodkiem realizującym dążenia Państwa na odcinku walki o zdrowie. Reforma przewiduje również planowe rozsiedlenie personelu lekarskiego i jego obowiązek pracy w społecznych zakładach Służby Zdrowia.

Reforma służby zdrowia nie będzie jednorazowym aktem, ale narastającym procesem coraz szerszych i głębiej sięgających przeobrażeń. Póki istnieje u nas odcinek prywatnej inicjatywy, póki klasowo zróżniczkowana jest wieś, trudno jest mówić o realizacji pełnej, powszechnej i bezpłatnej pomocy lekarskiej. Na obecnym etapie rozwoju naczelną troską Państwa jest poprawa stanu zdrowotnego mas pracujących miast i wsi, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb ubezpieczonych. Państwowym elementem działania służby zdrowia będzie zespołowy warsztat pracy, jakim jest Ośrodek Zdrowia. Zakłady lecznicze będą prowadzone na szczeblu powiatu i miasta przez samorządy, a na szczeblu województwa i w skali ogólnopaństwowej przez państwo.

Reforma służby zdrowia stawia przed nami zagadnienie wychowania pielęgniarki dostosowanej do nowych warunków pracy. Pielęgniarka społecznej służby zdrowia, pielęgniarka *nowego typu* powinna posiadać nie tylko kwalifikacje do pracy szpitalnej, ale i do różnorodnych czynności w Ośrodkach Zdrowia i Poradniach do pracy zapobiegawczej, sanitarno - opiekuńczej i sanitarno - oświatowej. Pielęgniarka nowego typu powinna być społeczniczką w pełnym tego słowa znaczeniu. Nie społeczniczką typu filantropijnego łaskawie udzielającą pomocy „prostemu" człowiekowi, ale społeczniczką związaną z ludem, należącą do niego. Społeczne podejście do zagadnień zdrowia obowiązuje nie tylko pielęgniarki poświęcające się wyłącznie pracy sanitarno - społecznej, ale i te, które pracują w szpitalach i przychodniach.

Stają przed nami poważne zagadnienia. Nawiązując do najlepszych tradycji pielęgniarstwa polskiego, powinniśmy równocześnie poddać krytycznej analizie dotychczasowy system szkolenia i wychowania pielęgniarek, dążyć do stworzenia nowego społecznego typu pielęgniarki polskiej.

Pismo nasze poświęcone jest nie tylko zagadnieniom fachowym pielęgniarstwa, ale i sprawom zawodowym, sprawom społecznych zadań i społecznego oblicza zawodu pielęgniarskiego. Pragnęlibyśmy aby nasze pismo odegrało jak największą rolę w tym wielkim dziele kształtowania nowoczesnej pielęgniarki polskiej.

NONNA ŁYŻWAŃSKA
Pielęgniarka - Inspektorka
Wydz. Ośr. Zdr. Min. Zdr.

Rozwój opieki zdrowotnej w Polsce

OPIEKA zdrowotna w pojęciu ogólnym polega na ochronie sił biologicznych narodu, co ściśle wiąże się z ochroną zdrowia ludności. Pojęcie opieki zdrowotnej obejmuje lecznictwo, zapobieganie chorobom, przez podniesienie poziomu ogólnego stanu sanitarnego, oraz prowadzenie szerokiej akcji propagandowo - wychowawczej w zakresie higieny ogólnej i osobistej. Ze względu na czynności, które opieka zdrowotna spełnia, można pracę jej podzielić na dwa działy: opiekę zdrowotną zamkniętą i opiekę zdrowotną otwartą. W chwili obecnej układ sił ekonomiczno-społecznych w Polsce nakazuje ścisłe powiązanie, nawet zespolenie, prac w zakresie ochrony zdrowia, prowadzonych przez te dwa działy. Program polityki zdrowia przewiduje wzajemne powiązanie i zależność fachową jednostek lecznictwa zamkniętego i otwartego w ogólnej sieci placówek służby zdrowia.

Opiekę zdrowotną zamkniętą — należy rozumieć jako opiekę nad jednostką, zmuszoną na skutek wskazań leczniczych przebywać w takich zakładach jak: szpitale, sanatoria, uzdrowiska itp. Zakłady tego rodzaju przyjmują na siebie na ustalony czasokres całość opieki lekarskiej nad chorym. Według dawnych utartych form lecznictwa, umieszczenie chorego w zakładzie uważane było za drogę do rozstrzygnięcia wszystkich zagadnień związanych z jego chorobą. Rozwój medycyny w końcu 19 i początkach 20 wieku spowodował rozszerzenie pojęcia opieki zdrowotnej. Opieka ta objęła nie tylko chorego w zakładzie lub w domu, ale również całe jego otoczenie i środowisko. W ten sposób powstało pojęcie opieki lekarsko - pielęgniarskiej, przyszpitalnej, przyzakładowej i ośrodkowej. Ulegając wyżej wspomnianym przeobrażeniom, opieka zdrowotna zamknięta coraz mocniej zespalała się z idącą podobną drogą rozwoju, opieką zdrowotną otwartą.

W okresie pomiędzy pierwszą, a drugą wojną światową w Polsce, wskaźnik liczby łóżek na 1 000 mieszkańców wahał się w granicach od 2,17 do 2,21. Polska w tym zakresie przewyższała jedynie Bułgarię, Grecję, Jugosławię i Litwę, których wskaźnik ilości łóżek na 1 000 mieszkańców sięgał zaledwie 1,6. Dla porównania można podać wskaźniki innych państw europejskich: Niemcy — 9,8, Norwegia — 8,4.

Zakłady lecznicze należały do różnych właścicieli, kierunek ich prac, jak również poziom ogólny, fachowy i techniczny — były różnorodne. Właścicielem, skupiającym największą liczbę szpitali w swoim ręku był samorząd terytorialny, który posiadał 42% ogólnej liczby zakładów, na drugim miejscu były Ubezpieczalnie Społeczne i inne organizacje społeczne, grupujące 31,3% zakładów. Państwo miało 10,7%, osoby prywatne i związki religijne 16%. Szeroki wachlarz tytułów własności zakładów leczniczych stwarzał duże trudności w skoordynowaniu prac lecznictwa zamkniętego.

Niektóre zakłady świeciły pustkami, inne w tym samym czasie były tak przeładowane chorymi, że łóżka stały na korytarzu. Poza tym duże trudności stwarzało pokrycie kosztów leczenia, gdyż zakłady często były obciążone rachunkami bez realnego pokrycia. Brak odpowiednich przepisów regulujących te zagadnienia, oraz brak należytego zrozumienia swych obowiązków przez samorząd terytorialny, rujnowały gospodarkę zakładową. Ten stan rzeczy utrudniał chorym korzystanie z zakładów zamkniętych. Wydawanie przekazów, kierujących chorych na pobyt w zakładzie, było bardzo ograniczone; a przeciętne budżety rodzinne robotników i urzędników nie wystarczały na pokrycie wydatków związanych z pobytem chorego w zakładzie.

Tym mniejsze możliwości korzystania z zakładów leczniczych miała ludność wiejska.

Leczenie na koszt własny było osiągalne tylko dla małego procentu chłopów zamożnych.

W chwili obecnej wskaźnik liczby łóżek na 1 000 mieszkańców w Polsce wzrósł z 2,17 do 3,4%. Wpłynęła na to polityka zdrowotna rządu. Trudności powstają jedynie przy obsadzaniu zakładów personelem fachowym i administracyjnym. Procentowo przedstawia się to następująco: na 100 chorych zakładowych powinno przypadać 6 lekarzy i 12 pielęgniarek. W chwili obecnej na 100 chorych przypada 2,7 lekarzy i 6 pielęgniarek. (Dane dotyczące lecznictwa zamkniętego zostały opracowane na podstawie zestawień Min. Zdrowia oraz Pracy Dr Szarejko wydanej w 1947 r. przez Lekarski Instytut Naukowo - Wydawniczy).

Ogólny plan polityki zdrowia przewiduje ustalenie obowiązujących przepisów organizacyjnych i wykonawczych dla wszystkich zakładów leczniczych niezależnie od ich tytułu własności. Plan ten przewiduje rozbudowę sieci szpitali i sanatoriów w powiązaniu z rozbudową lecznictwa otwartego (Ośrodki Zdrowia).

Zespolenie opieki zdrowotnej otwartej i zamkniętej, udostępnienie szerokim masom ludności świadczeń leczniczych i zapobiegawczych jest drogą, na którą wchodzi Polska Ludowa.

Specjalnego znaczenia nabiera rozwój lecznictwa otwartego.

Opieka zdrowotna otwarta w nowoczesnym ujęciu ma na celu zapewnienie społeczeństwu lecznictwa i profilaktyki w jak najszerszym zakresie. W początkach swego rozwoju opieka zdrowotna otwarta, podobnie jak i opieka zamknięta, obejmowała tylko jednostkę chorą, nie interesując się jej otoczeniem. Była to porada i opieka lekarska, udzielana choremu poza obrębem zakładu leczniczego zamkniętego. Pierwowzorem tej opieki był prywatny gabinet lekarski oraz ambulans przyszpitalny lub też ambulans organizacji charytatywnych. Pomoc lekarska była albo płatna indywidualnie, albo bezpłatna, pojęta jako jałmużna z nakazu społecznego lub religijnego.

W tym układzie społeczno - gospodarczym możność korzystania ze świadczeń leczniczych dla ogółu ludności była bardzo ograniczona. Korzystała z pomocy lekarskiej nieliczna grupa ludzi dobrze sytuowanych materialnie, lub inna grupa, także nieliczna umiejąca zaskarbić sobie łaski filantropów. Ogół ludności pracującej zarówno robotników jak i chłopów stał poza nawiasem tej pomocy.

Z biegiem czasu klasa robotnicza wywalczyła sobie prawo do częściowego korzystania z usług lekarskich. Przy wprowadzeniu ubezpieczeń na wypadek choroby zjawiło się pojęcie odpłatności zbiorowej przez instytucje za usługi okazywane zrzeszonym w niej członkom.

W warunkach Polski przedwrześniowej, Kasy Chorych rozwijały się bardzo powoli i pomoc lekarska, jaką udzielały ubezpieczonym była niedostateczna.

W Polsce pierwsza ustawa ubezpieczeniowa w zakresie lecznictwa ujrzała światło dzienne dn. 11.I. 1919 r., zapowiadając tworzenie Kas Chorych dla poszczególnych powiatów lub miast wydzielonych powyżej 50 000 mieszkańców. Bezpłatna pomoc lekarska miała być udzielana pracującemu przez 20 tygodni, a bez korzystania z zasiłków przez 39 tygodni. Ustawa z r. 1924 pozbawiła robotników zatrudnionych w rolnictwie pomocy Kas Chorych.

Wraz z szybkim rozwojem industrializacji na przełomie 19 i 20 wieku i liczebnym wzroście klasy robotniczej, zgrupowanej w dużych centrach przemysłowych, powstało zagadnienie opieki zdrowotnej obejmującej nie tylko chorego, ale i jego środowisko. W nowopowstałym pojęciu opieki zdrowotnej, jednym z zasadniczych sposobów walki z chorobami było dążenie do wykrycia i zlikwidowania źródła choroby, jak również zabezpieczenie zdrowych jednostek przed możliwością zachorowania.

Doniosłość akcji zapobiegawczej znajduje coraz więcej zrozumienia w społeczeństwie. Na Zachodzie akcję tę podjęły samorządy terytorialne oraz organizacje społeczne.

W Polsce placówki opieki zdrowotnej otwartej, wyżej podanego typu, powstały w r. 1925 pod nazwą Ośrodki Zdrowia. Rozwój Ośrodków Zdrowia był bardzo słaby. W przeciągu 15 lat liczba Ośrodków Zdrowia doszła zaledwie do 480 (według M. R. St.). Do obowiązków Ośr. Zdr. należała akcja zwalczania chorób społecznych oraz szerzenie higieny drogą pro-

pagandowo - wychowawczą. Typ polskiego Ośrodka Zdrowia był wzorowany na amerykańskim „health centre". W Polsce przedwrześniowej brak było skrystalizowanego poglądu na czynności Ośrodka Zdrowia. Nie wyjaśnione było: czy Ośrodek Zdrowia ma leczyć, czy zapobiegać chorobom, czy też te dwie funkcje łączyć i w jakim zakresie.

Poza trudnościami natury finansowej i technicznej (bo dopiero ustawa z r. 1939 nałożyła obowiązek prowadzenia Ośrodka Zdrowia na samorząd terytorialny), Ośrodki Zdrowia w Polsce miały do pokonania o wiele poważniejsze przeszkody na drodze swego rozwoju. Przede wszystkim brak było zainteresowania ze strony Państwa sprawą należytej ochrony zdrowia szerokich mas ludności. Ponadto sprzeciwiały się rozwojowi lecznictwa w Ośrodkach merkantylne elementy świata lekarskiego, widząc w rozwoju Ośrodków groźbę utraty prywatnej praktyki. Przykładem takiego poglądu może być rezolucja uchwalona w 1931 r. na wiecu lekarskim w Truskawcu, zorganizowana przez Związek Lekarzy, w której czytamy:

1. Sprzeciwiamy się jak najkategoryczniej stosowaniu lecznictwa w Ośrodkach Zdrowia.

2. Stwierdzamy, że stosowanie lecznictwa w Ośrodkach Zdrowia, nie tylko mija się z ich zadaniem, ale w krótkim czasie doprowadzi wolny stan lekarski do zupełnej ruiny gospodarczej.

3. Zwracamy się z apelem do wszystkich kierowników Ośrodków Zdrowia, ażeby w myśl powyższych postulatów zaniechali uprawiania lecznictwa w tych instytucjach.

Wieś polska przy dużym zaniedbaniu pod względem sanitarnym i zdrowotnym, pozbawiona opieki i pomocy lekarskiej nawet w zakresie ubezpieczeń społecznych, w pierwszym rzędzie potrzebowała instytucji zdrowotnych typu Ośrodków Zdrowia. Ośrodki Zdrowia dawnego typu prowadzące pracę jedynie profilaktyczną nie mogły zaspokoić potrzeb wsi. Zresztą ilość Ośrodków Zdrowia na wsi była w tym okresie znikoma. Prace wychowawczo-propagandowe prowadzone w terenie o niskim poziomie kulturalnym (wieś, osada, małe miasteczko) mogły dać pomyślne rezultaty tylko w oparciu o lecznictwo. Szukając rozwiązania tych zagadnień, działacze i społecznicy wiejscy zakładali „Spółdzielnie Zdrowia", które jednak nie zdołały spełnić pokładanych w nich nadziei.

Lecznictwo w Ośrodkach Zdrowia na terenie miejskim obejmowało wyłącznie ludność ubogą (w ramach opieki społecznej), nawet w zakresie walki z chorobami społecznymi nie spełniono tego zadania. Na skutek tego frekwencja Ośrodków Zdrowia była niska, często przypadkowa, nie będąc właściwie wskaźnikiem potrzeb terenu, co w końcowym rezultacie zniekształciło funkcje Ośrodka Zdrowia. Dopiero głębokie przemiany społeczne, dokonywujące się w Polsce Ludowej, wpłynęły na ukształtowanie się pojęcia Ośrodka Zdrowia, jako placówki zapewniającej szerokim masom ludności całość świadczeń zapobiegawczych i leczniczych w opiece zdrowotnej otwartej. W dobie obecnej liczba Ośrodków Zdrowia w końcu r. 1947 wzrosła do 1 000, z tego 60% powstało na terenach wiejskich.

Wydaje się, że do prowadzenia akcji opieki zdrowotnej otwartej w terenie specjalnie predestynowane są Ośrodki Zdrowia ze względu na swe cechy szczególne:

1. Charakter ich pracy jest zespołowy i wielofachowy (najmniejszy Ośrodek Zdrowia jest obsługiwany przez zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, położnej i kontrolera sanitarnego).

2. Zasięg pracy Ośrodka Zdrowia obejmuje swym wpływem całą ludność przylegającego terenu.

3. Prace prowadzone przez Ośrodek Zdrowia polegają na utrzymaniu stałego kontaktu między Ośrodkiem Zdrowia, a ludnością danego terenu, drogą przeprowadzania prac propagandowo - zapobiegawczych w zakresie ochrony zdrowia i higieny.

Mocną gwarancją utrzymania się tego typu placówek opieki zdrowotnej otwartej są następujące założenia:

1. Wprowadzenie poradni ogólnego lecznictwa i niesienie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach jako trzonu i zasadniczej poradni Ośrodka Zdrowia na danym terenie.

2. Wywiad społeczno - pielęgniarski, drogą odwiedzin domowych.

3. Powiązanie z pracami Ośrodka Zdrowia odpowiednio przeszkolonych przodowników zdrowia.

Akcja wiejskich przodowników zdrowia jest pomyślana jako masowe przeszkolenie wiejskiej młodzieży męskiej i żeńskiej na krótkoterminowych kursach w zakresie zasad higieny osobistej i otoczenia, wychowania fizycznego oraz niesienia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Ośrodki Zdrowia opierając się na wyżej wymienionych zasadach są etapem walki o zdrowie ludności naszego kraju.

Nowa polityka Służby Zdrowia wynikająca z nowego układu sił ekonomiczno - społecznych daje na odcinku opieki zdrowotnej poważne rezultaty i niewątpliwie idzie w kierunku ujednolicenia i upowszechnienia świadczeń zdrowotnych całej ludności.

Nonna Łyżwańska

Drogi walki z gruzlicą

Rok rocznie w dniach od 15 listopada do 15 grudnia trwają w Polsce „Dni Przeciwgruźlicze". Celem tej akcji jest szerzenie w całym społeczeństwie świadomości, że gruźlica, jakkolwiek jest chorobą groźną i w statystyce przyczyn zgonów zajmuje jeszcze niestety pierwsze miejsce, to jednak jest chorobą, której można i trzeba zapobiec, jest chorobą, która im wcześniej wykryta i leczona tym pewniej jest uleczalna.

Akcja ta ma budzić w każdym — do każdego bowiem dotrzeć powinien apel — poczucie obowiązku współdziałania w zwalczaniu tej strasznej plagi społecznej, tym więcej, że gruźlica niszczy przede wszystkim dzieci i ludzi młodych, podstawę i przyszłość narodu...

Każdy więc powinien — w miarę swoich możliwości — przyczynić się moralnie i materialnie do poparcia wysiłków tych czynników społecznych, które powołane są do dzieła podnoszenia zdrowotności w Kraju.

Tylko w ten sposób „Dni Przeciwgru'licze" spełnią swój cel i przyśpieszą proces gojenia ran, zadanych społeczeństwu polskiemu przez nędzę i lata wojny.

Walka z gruźlicą jest problemem palącym, aczkolwiek trudnym do rozwiązania, szczególnie w Polsce, kraju tak bardzo zniszczonym przez wojnę. Wiemy doskonale, że wszelkie kataklizmy stwarzają niestety odpowiedni grunt dla rozwoju tej tak groźnej, społecznej choroby.

W krajach biednych, wyniszczonych, długo jeszcze po wojnie utrzymuje się kilkakrotnie wyższy odsetek zachorowań i śmiertelności z powodu gruźlicy, niż w czasach pokojowych. Na podstawie statystyki można powiedzieć, że każdy przypadek otwartej gruźlicy jest — w ciągu trwania choroby — źródłem zakażenia dla dwóch nowych osobników.

Pierwszym celem walki z gruźlicą jest jak najszybsze wykrycie źródła zakażenia, zabezpieczenie otoczenia i doszczętna likwidacja możliwości szerzenia gruźlicy.

Tereny walki z gruźlicą są różne; dopiero równoczesna, konsekwentna walka na wszystkich odcinkach może być uwieńczona pomyślnym wynikiem, to jest opanowaniem tej choroby.

Ciasnota i przeludnienie mieszkań, brak różnego rodzaju urządzeń higieniczno - sanitarnych w domach mieszkalnych i zakładach pracy, niedostateczne odżywianie mas pracujących, alkoholizm i ciągle jeszcze widoczne przejawy ciemnoty — oto główne momenty sprzyjające gruźlicy.

Znając elementy zła możemy przystąpić do sprecyzowania sposobów usuwania tego zła.

Nowoczesne metody rozpoznawcze pozwalają na wczesne i pewne rozpoznanie choroby, co umożliwia z kolei izolację chorego od reszty otoczenia, a zwłaszcza od dzieci.

Najskuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą jest podniesienie dobrobytu ludności, a więc w pierwszym rzędzie udostępnienie ludziom pracującym odpowiednich higienicznych mieszkań, dalej, racjonalne — pod względem ilościowym i jakościowym — odżywianie w domu i dożywianie w miejscu pracy. Konieczna jest również nieustanna akcja uświadamiająca ogół o przyczynach i niebezpieczeństwie gruźlicy i informowanie o takich szczegółach, jak np. to, że chory w oczekiwaniu na izolację musi mieć

oddzielną pościel, oddzielne łóżko, bieliznę, naczynia itd.

Wielką usługę w tym uświadamianiu oddać mogłyby specjalne ekipy opiekuńczo - sanitarne, które w miastach i wsiach miałyby obowiązek roztaczania opieki nad chorym na gruźlicę i jego rodziną. Ekipy takie, współpracując z Ośrodkami Zdrowia i Pielęgniarką Społeczną miałyby za cel dopilnowywanie i pouczanie otoczenia, jak ma się strzec przed zakażeniem poprzez stwarzanie odpowiednich warunków higienicznych, wygłaszanie pogadanek i pokazów z zakresu walki z brudem itp.

Ważnym momentem walki z gruźlicą jest okresowe badanie pracowników, zwłaszcza w takich gałęziach przemysłu, gdzie chodzi jednocześnie o zdrowie pracownika i konsumenta, oraz kontrola zdrowia dzieci i młodzieży; ludziom, zatrudnionym w zawodach szczególnie narażonych na zakażenie gruźlicą, powinno z pomocą przyjść ustawodawstwo przedłużając okres urlopów z 4 do 6 tygodni w roku i zapewniając lepsze warunki egzystencji.

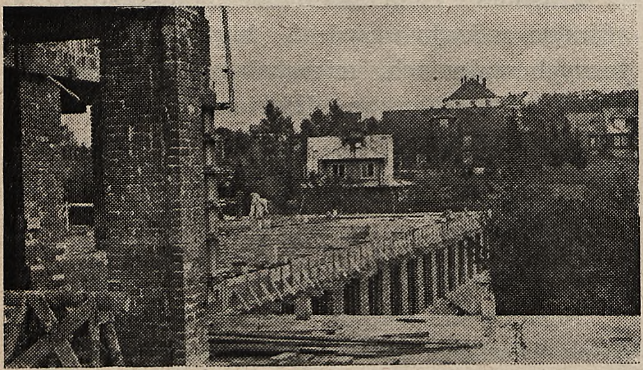
Dalszym elementem walki z gruźlicą jest systematyczne badanie obór przez lekarzy weterynarii, dokładna kontrola mleka przywożonego w bańkach, likwidacja pokątnego handlu mlekiem oraz otwieranie kuchni mlecznych przy wiejskich i miejskich Ośrodkach Zdrowia.

W walce tej muszą także przyjść z pomocą Ubezpieczalnie Społeczne, zabezpieczając byt chorego i jego rodziny. Wiemy, że tam, gdzie zachoruje żywiciel rodziny, nędza zagląda do chaty, a nędza ta jest najgroźniejszą pożywką dla szerzącej się gruźlicy.

Wydaje mi się, że tak pojęta walka z gruźlicą, mobilizująca personel lekarsko-pielęgniarski, należycie przygotowany pod względem zawodowym i społecznym, oraz — oczywiście — odpowiednie fundusze, doprowadziłaby do rzeczywistego opanowania niebezpieczeństwa.

Do tej walki muszą stanąć wszyscy i — w imię wspólnego dobra — pomagać finansowo lub efektywną pracą.

Ż.



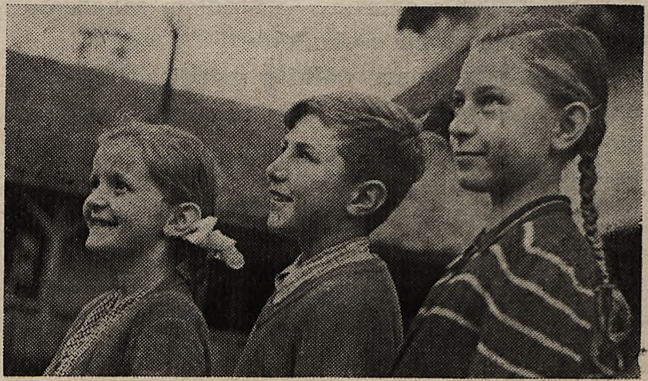
ROSNĄCE MURY SANATORIUM W RABCE RADUJĄ OCZY DZIECIĘCE

Na czoło walki z gruźlicą wysuwa się rozbudowa sieci prewentoriów i sanatoriów dziecięcych.

PCK wznosi sanatorium z funduszów społecznych, których Kraj nie szczędzi dla najmłodszego pokolenia, pokolenia — przyszłości.

Wkrótce już chore i zagrożone gruźlicą dzieci górników i robotników Województwa Śląsko-Dąbrowskiego pojadą do słonecznej Rabki.

Dziś los i zdrowie dziecka przestały być „problemem", a stają się PROGRAMEM nowego Państwa Polskiego.



DR MED. i FIL. LUCJAN DOBROWOLSKI
Ordynator Szpitala Wolskiego

DZIEDZICZNOŚĆ A GRUŹLICA

PROBLEM dziedziczności w gruźlicy nie przestaje zajmować umysłów ludzkich od lat najdawniejszych do chwili obecnej. Przechodził on różne koleje poglądów, zgodzono się wreszcie, że gruźlica nie jest cierpieniem dziedzicznym, lecz prawdopodobnie dziedziczy się pewne usposobienie do niej.

Obserwując zwierzęta różnych ras, stwierdzamy niezbicie dość różną u nich odporność naturalną w stosunku do gruźlicy, np. króliki wykazują bardzo słabą odporność, świnki morskie jeszcze mniejszą, natomiast szczury bardzo dużą.

Również i w rasach ludzkich obserwujemy dość znaczne różnice, np. między osobnikami rasy białej i czarnej, Murzyni bowiem znacznie łatwiej zarażają się i szybciej giną od gruźlicy, niż ludność biała.

Wiemy, że gruźlica płuc występuje i rozwija się w każdym wieku, ale najczęściej w okresie wczesnej dojrzałości, kiedy zabiera najwięcej ofiar, zresztą pod tym względem różnice między różnymi krajami są duże. Zakażenie jednak z reguły następuje w wieku dziecięcym, stąd powstało twierdzenie, że gruźlica jest jakby „ostatnią strofką piosenki zapoczątkowanej u kołyski" (Behring).

Rozwój bakteriologii pozwolił nam wejrzeć głębiej w istotę dziedziczności, wysuwając zagadnienie wielopostaciowości zarazka gruźlicy. Już Koch, odkrywca zarazka, oprócz właściwych, to jest najczęściej widzianych prątków — spostrzegał laseczki, składające się z ziarenek. Spostrzeżenia te, zanotowane przed 60 laty, są aktualne i obecnie, jednak sprawy tej nie możemy uważać za rozstrzygniętą. Badania Fontesa wprawdzie wykazują u szeregu bakterii zjawiska lityczne, co ma być objawem starzenia się komórek bakteryjnych. Odnowienie hodowli jakoby musi poprzedzać rozpad, po czym następuje gwałtowny rozwój nowych kolonii bakteryjnych. W dociekaniach tych wzięli udział i polscy uczeni: Karwacki, Panek, Lewkowicz i inni.

Ziarenka mogą być różnej wielkości, mogą też stać się formą pylastą, nawet niedostrzegalną drobnowidowo, w każdym bądź razie postacią przesączalną, która jednak posiada zdolność zachowania gatunku. W każdej z tych postaci zarazka gruźlicy w sprzyjających warunkach może zjawić się wyjściowa postać prątka gruźlicy.

Wszystko to jednak są tylko hipotezy dotąd wcale nie sprawdzone i nie potwierdzone przez innych badaczy. Zresztą gdyby te hipotezy okazały się słuszne, nie przemawiają one na korzyść dziedziczności, lecz pozwalają przypuszczać, że dziecko może być zarażone w łonie matki, to znaczy, *że gruźlica może w wyjątkowych przypadkach być chorobą wrodzoną.* Praktycznego znaczenia dotąd to nie ma.

Przypuśćmy bowiem, że postać przesączalna gruźlicy istnieje rzeczywiście i wywołuje tzw. przedprątkowe zakażenie, objawiające się różnymi postaciami chorobowymi, to pozostaje jednak bezspornym znaczenie pierwotnego zakażenia gruźliczego z następowymi reinfekcjami. W rodzinach gruźliczych dlatego zakażeń jest tak wiele, że i pierwotne zakażenie częściej się spotyka i reinfekcja jest zjawiskiem pospolitym, stąd znany wszystkim fakt, że usunięcie ze środowiska gruźliczego noworodków zabezpiecza ich od zachorowania na gruźlicę. Te dane potwierdzają w całości prawidłowość naszej akcji przeciwgruźliczej, opartej na socjalno-sanitarnej profilaktyce.

Niewątpliwie, dużą rolę odgrywa w gruźlicy czynnik *konstytucjonalny;* często w jednych i tych samych warunkach u różnych osobników stwierdzamy różną odporność na gruźlicę. Istnieje pogląd, że astenicy częściej ulegają gruźlicy aniżeli inne typy, a niektórzy klinicyści wykazują, że u asteników przeważają postacie gruźlicy serowatej; zaznaczyć jednak należy,

że typ asteniczny spotykamy częściej, niż inne typy konstytucjonalne. Z własnej praktyki mogę dodać, że obserwując na swoim oddziale 500 chorych, stwierdziłem, iż odsetek asteników, których stan choroby uległ poprawie, był mniejszy, niż innych typów. Także przybytek na wadze u asteników odbywa się trudniej: u typów tych spotyka się, zdaniem niektórych badaczy, również większą śmiertelność.

Poza czynnikiem konstytucjonalnym, odgrywa w gruźlicy dużą rolę wiek, płeć, stan psychiczny. Widzimy np., że zapalenie otrzewnej występuje częściej u kobiet, przenosi się bowiem łatwo z organów rodnych. Również u kobiet gruźlica oskrzeli występuje częściej niż u mężczyzn, przeciwnie np. niż rak oskrzeli, który występuje przeważnie u mężczyzn. Gruźlica oka u kobiet występuje również częściej, niż u osobników płci męskiej.

Jeżeli przyjrzymy się dyspozycji rodzinnej, to stwierdzamy, że są rodziny tzw. gruźlicze, inne natomiast są jakby omijane przez gruźlicę. Rodzinna gruźlica była podstawą, na której budowano fałszywie fundament pod dziedziczność. Dla nas jednak nie ulega już wątpliwości, że na zakażenie gruźlicze ma wpływ konstytucja i ona to właśnie jest dziedziczna; może być także konstytucja ta dyspozycją czynnościową całego organizmu i poszczególnych narządów. Tłumaczy to podobieństwo postaci choroby — podobieństwo obrazu rentgenologicznego, umiejscowienie i rozwój anatomiczny, wiek, w którym choroba występuje, postacie kliniczne cierpienia, powikłania, wreszcie sposób reagowania na leczenie.

Ciekawe spostrzeżenia dotyczą podobieństwa postaci gruźlicy zależnie od podobieństwa fizycznego u osobników z tym samym typem krwi i u bliźniąt jednojajowych i dwujajowych. Jeśli oboje rodzice cierpią na gruźlicę, gruźlica u dziecka rozwija się podobnie jak u rodzica, do którego jest ono podobne. Obserwując jednojajowe bliźnięta, posiadające jednakowe wyposażenie dziedziczne i dwujajowe, u których różnice w wyposażeniu są takie jak u zwykłego rodzeństwa, widzimy, wg zestawienia Verschmera i Diehla, że z 80 par jednojajowych bliźniaków — 65% miało podobne zmiany gruźlicze, podczas gdy u 125 par bliźniąt dwujajowych podobieństwo takie występowało tylko w 25%. Można przypuścić, że dużą rolę odgrywa tu nie tyle czynnik dziedziczny, ile duży wpływ jaki mają w tym wypadku identyczne warunki otoczenia.

Reasumujemy nasze rozważania. Gruźlicy dziedzicznej nie ma — być może zdarzają się przypadki gruźlicy wrodzonej, jednak są one niezmiernie rzadkie — jest to zakażenie wewnątrzmaciczne, a nie dziedziczność w sensie genetycznym.

Jeżeli nie dziedziczymy gruźlicy jako choroby, to jednak bez wątpienia odziedziczamy pewną naturalną dyspozycję albo predyspozycję do gruźlicy. Każdy człowiek rodzi się już z pewną konstytucją rodzinną, która na odcinku gruźlicy będzie dla niego przywilejem lub obciążeniem.

LUCJAN DOBROWOLSKI



POUCZAJMY MATKI KARMIĄCE DZIECI

O KONIECZNOŚCI ZAKŁADANIA MASEK!

WALKA Z GRUŹLICĄ NA WSI Z.S.R.R*)

WALKA z gruźlicą w Związku Radzieckim prowadzona jest planowo, a polega na równoczesnym postępowaniu leczniczym i zapobiegawczym. W miastach, osiedlach robotniczych i ośrodkach powiatowych utworzono poradnie przeciwgruźlicze, szpitale, sanatoria dla dorosłych i dla dzieci, sanatoria nocne dla pracujących w fabrykach i zakładach przemysłowych, żłobki, specjalne ogrody dla dzieci gruźliczych oraz tzw. „punkty gruźlicze" na wsi.

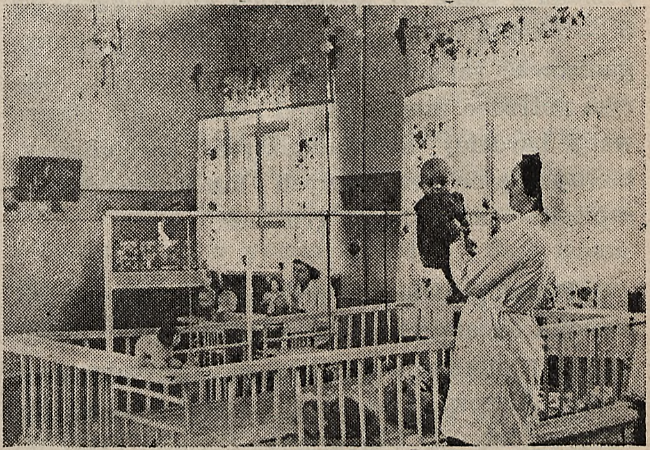
W wyniku realizacji budownictwa socjalistycznego liczba zachorowań i śmiertelności z powodu gruźlicy zmniejszyła się o 2 i pół raza w porównaniu z rokiem 1913.

Dla potrzeb ludności wiejskiej zakłada się tzw. „punkty gruźlicze" przy wiejskich placówkach lekarskich. Personel „punktu gruźliczego" składa się z kierownika — lekarza praktyka, lekarza pediatry i 2 pielęgniarek, z których jedna, opiekunka społeczna, bada warunki bytu chorych na gruźlicę.

„Punkt gruźliczy" jest jednostką samodzielną, mieści się jednak najczęściej w tym samym budynku co i wiejska placówka lekarska (ośrodek). Praca „punktu" odbywa się w ścisłym kontakcie z personelem placówki i lekarzem sanitarnym. Szerokie pole pracy w realizacji walki z gruźlicą na wsi ma średni personel lekarski: felczer, akuszerka i pielęgniarka.

Najważniejszym zadaniem w programie „punktu gruźliczego na wsi" jest wykrywanie chorych na gruźlicę wśród ludności wiejskiej. Do „punktów gruźliczych" kierują chorych lekarze placówki oraz personel (średni lekarski) samodzielnych punktów felczerskich.

Zasadniczą grupę skierowanych na „punkt gruźliczy" stanowią członkowie rodzin chorych na gruźlicę oraz ludzie podejrzewani o gruźlicę, wykryci w czasie masowych badań ludności wiejskiej. Badania takie przeprowadza się systematycznie wśród dzieci i personelu w kolektywach dziecięcych, wśród osób dojących krowy, wśród pracowników społecznego odżywiania itp.



Żłobek na wsi radzieckiej gdzie przebywają m. in. dzieci izolowane od rodziców chorych na gruźlicę.

Wszystkie dzieci w szkołach, żłobkach i domach dziecięcych poddawane są planowo próbom tuberkulinowym Pirqueta i Mantoux. Dzieci z dodatnim wynikiem tych prób badane są szczegółowo.

Najwięcej uwagi wymagają chorzy prątkujący, niebezpieczni w sensie epidemiologicznym: oni bowiem są istotnymi szerzycielami gruźlicy. Równie skrupulatnej obserwacji podlegają chorzy ze świeżymi, niezbyt zaawansowanymi zmianami gruźliczymi.

„Punkt gruźliczy" mając tych chorych w ewidencji, po ich dokładnym zbadaniu, przeprowadza leczenie:

---

* Prof. E. J. Lewitin Medicinskaja Siestra Nr 8 — 1948. Zadania „punktu gruźliczego" na wsi.

1. Leczenie higieniczno - dietetyczne — polega na ustaleniu sposobu odżywiania, trybu pracy i spoczynków. Chorych uczy się reguł hartowania, korzystanie ze słońca i gimnastyki leczniczej.

2. W „punktach gruźliczych" zakłada się i dopełnia odmę sztuczną, leczy się wysiękowe zapalenia opłucnej, wykonuje się zastrzyki dożylne, usuwa się powietrze w wypadku odmy samoistnej itd.

O wiele korzystniej leczy się chorych na gruźlicę w tych „punktach gruźliczych", które posiadają łóżka. W niewielkich szpitalikach, po 5 — 7 łóżek na sali, można znacznie lepiej zorganizować racjonalne leczenie. Chorych, którym potrzeba innych metod leczenia, lub obserwacji bardziej doświadczonych specjalistów, kieruje się do powiatowych lub wojewódzkich szpitali — na oddziały gruźlicze.

„Punkt gruźliczy" przeznacza chorych do leczenia sanatoryjno - klimatycznego. Chorzy tacy, z wynikami wszystkich przeprowadzonych badań, kierowani są do rejonowej komisji lekarskiej lub do Okręgowej Poradni Przeciwgruźliczej, które decydują o wysłaniu do sanatorium.

Punkt gruźliczy" spełnia bardzo ważną rolę zarówno w leczeniu, jak i zapobieganiu gruźlicy, głównie dzięki pielęgniarkom społecznym: one wykrywają chorych prątkujących, ustalają źródła zakażenia, prowadzą ewidencję ognisk gruźliczych i ogniska te likwidują. Dla każdego prątkującego chorego pielęgniarka społeczna zakłada kartę badań warunków rodzinnych i bytu. Dane te ocenia się wspólnie z lekarzem. W czasie dalszych wizyt w domu chorego, pielęgniarki udzielają wskazówek, jak chory ma postępować z plwociną, jak ma używać środków dezynfekujących, pilnując, by chory przyzwyczaił się korzystać ze spluwaczki kieszonkowej i pokojowej. Pielęgniarka powinna zmienić tryb życia chorego, uczynić go mniej groźnym dla otoczenia, starać się, by chory używał oddzielnych naczyń stołowych, ręcznika, pościeli. Pielęgniarka ma pouczać najbliższe otoczenie chorego o właściwym sposobie sprzątania, o należytym wietrzeniu pokoju; ona kieruje członków rodziny chorego do „punktu gruźliczego" celem kontroli ich stanu zdrowia, dogląda, by chory we właściwym czasie zjawiał się do badania i zabiegów. Pielęgniarka wreszcie wykonuje bieżącą dezynfekcję mieszkania.

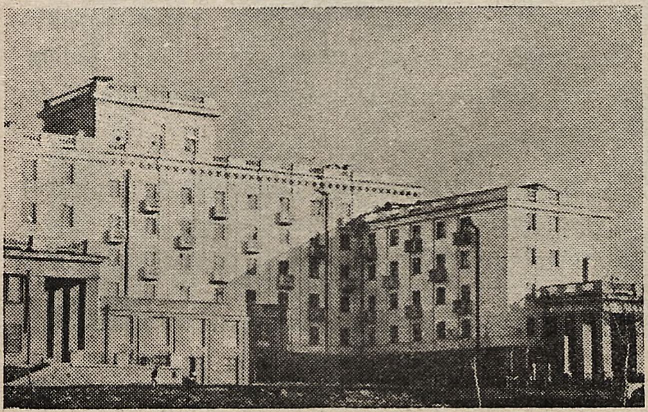
Szczegóły o wszystkich chorych na gruźlicę z terenu poszczególnych placówek lekarskich gromadzi się w specjalnej kartotece. O chorych prątkujących zawiadamia się lekarza - sanitarnego Ośrodka Zdrowia. Do jego zadań należy pomoc w przeprowadzaniu dezynfekcji bieżącej, obowiązek dezynfekcji końcowej w przypadku śmierci chorego, przeprowadzki lub wyjazdu do szpitala. W likwidacji ognisk szerzenia gruźlicy, lekarz sanitarny lub jego zastępca biorą osobisty udział. Lekarz sanitarny przeprowadza okresowe badania pracowników przemysłu spożywczego, personelu zakładów dziecięcych, osób dojących krowy; on organizuje szczepienia ochronne, dostarcza szczepionki i rejestruje wyniki szczepień. Szczepienia wykonują lekarze i średni personel lekarski; do ich obowiązków należy przeprowadzanie powszechnych szczepień noworodków.

Całość działalności wiejskiego „punktu gruźliczego" pozostaje w ścisłym kontakcie z Okręgową Poradnią Przeciwgruźliczą, do zadań której należy czynna pomoc w pracy organizacyjnej i leczniczo - zapobiegawczej w walce z gruźlicą na wsi. W Okręgowych Poradniach Przeciwgruźliczych kształcą się lekarze i pielęgniarki; personel tych poradni w częstych inspekcjach kontroluje pracę wiejskich „punktów gruźliczych", przekazuje swoje doświadczenie i osiągnięcia w leczeniu i zapobieganiu, czym przyczynia się do usprawnienia i podniesienia wydajności „gruźliczych punktów wiejskich".

Streścił W. L.

Koleżanki ze Związku Radzieckiego

SZKOŁY pielęgniarstwa, kształcące średni personel radzieckiej służby zdrowia są dwuletnie. Istnieje ich w Związku Radzieckim ponad 600. Do szkół tych przyjmuje się kandydatki z ukończoną szkołą powszechną (w systemie radzieckim jest to 7 klas szkoły średniej).

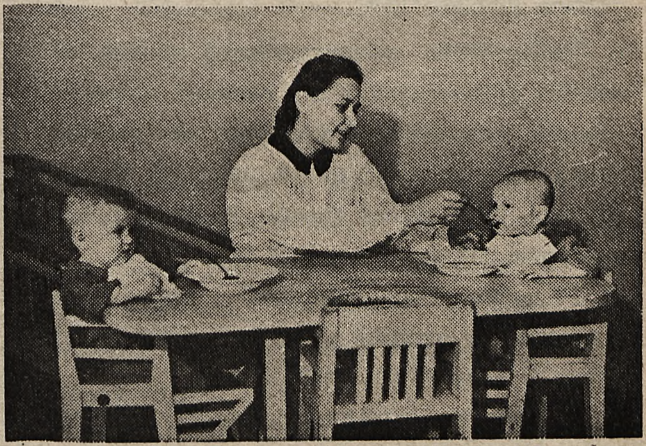


Gmach radzieckiej Szkoły Pielęgniarstwa w Murmańsku

W roku szkolnym 46/47 program szkół został zmieniony. Zdaniem specjalistów radzieckich, programy szkół pielęgniarstwa były uprzednio przeładowane teorią i nie uwzględniały w dostatecznej mierze praktyki; zbyt mało też uwzględniano przedmioty ogólnokształcące. W nowym programie zwrócono większą uwagę na praktyczne przygotowanie pielęgniarki, wprowadzono specjalne wykłady i ćwiczenia z tzw. „ogólnej techniki pielęgnacji", zaprowadzono od początku kursu ćwiczebne dyżury słuchaczek przy łóżku chorego, uzupełniono program przedmiotami ogólnokształcącymi, natomiast ograniczono godziny wykładów diagnostyki, patologii i innych przedmiotów teoretycznych. Doświadczenie wykazało, że nowy system nauczania znacznie lepiej przygotowuje słuchaczki do zawodu niż czynił to system poprzedni. Stykając się od pierwszych miesięcy szkolenia z pracą szpitalną, poznając warunki i atmosferę tej pracy, asystując doświadczonym pielęgniarkom, słuchaczki stopniowo zżywają się ze swoim zawodem i przystosowują się do warunków przyszłej pracy.

W niektórych szkołach pielęgniarskich została wprowadzona specjalizacja: szkoły te przygotowują pielęgniarki wyłącznie dla dziecięcych zakładów leczniczych i zapobiegawczych. Ponadto istnieje w Związku Radzieckim szereg kursów dokształcających i specjalizujących pielęgniarki w zakresie gruźlicy, chorób skórnych i wenerycznych, dietetyki, fizykalnej terapii, gimnastyki leczniczej, chirurgii operacyjnej itd. Dla celów dokształcania i doskonalenia personelu pielęgniarskiego organizowane są okresowo szpitalne i międzyszpitalne konferencje naukowe, koła naukowe i seminaria. Lekarze zobowiązani są do wygłaszania w szpitalach wykładów dokształcających dla pielęgniarek. Teoretyczne doszkalanie pielęgniarek, już zatrudnionych w swoim zawodzie, daje lepsze wyniki, niż przeciążanie ich w okresie szkolnym, ulatującą z pamięci teorią.

W Związku Radzieckim, podobnie jak i u nas, istnieje wiele „sióstr", które nie posiadają dyplomu pielęgniarskiego. Są to przeważnie absolwentki kursów, organizowanych przez radzieckie stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca. Absolwentki tych kursów pracują obecnie w szpitalach, a wiele z nich posiada bogate doświadczenie z okresu ubiegłej wojny.



Cierpliwa i zawsze pogodna słuchaczka będzie w przyszłości dobrą pielęgniarką

Istnieje specjalne zarządzenie radzieckiego Ministerstwa Zdrowia, ustalające dla różnych

kategorii pielęgniarek bez dyplomów, tryb zdawania egzaminów i uzyskiwania pełnych praw dyplomowanej pielęgniarki. Tak np. siostry pogotowia, które ukończyły półtoraroczny kurs i posiadają dwa lata praktyki szpitalnej, mogą być dopuszczone do egzaminów w szkołach pielęgniarskich jako eksternistki. Egzaminy składają z następujących przedmiotów: historia ZSRR, anatomia, fizjologia, farmakologia (z recepturą), choroby wewnętrzne (z pielęgnacją), chirurgia (z pielęgnacją i ratownictwem), pediatria (z pielęgnacją, dietetyką i profilaktyką), choroby zakaźne (z mikrobiologią, epidemiologią, dezynfekcją, szczepieniami i pielęgnacją). Egzaminy można składać w ciągu dwu lat, a następnie po roku egzamin państwowy. Eksternistki mają prawo korzystać z biblioteki szkolnej i ze szkolnych pomocy naukowych. Istnieje szereg kursów przygotowawczych, które trwają 10½ miesiąca z wykładami po godzinach pracy. Kursy te pozwalają pielęgniarkom, nie posiadającym dyplomu, przygotować się do egzaminów szkolnych i państwowych, bez przerwy w pracy zawodowej. Dzięki temu wszystkie niemal pielęgniarki, które nie posiadają dyplomów, mają zaś praktyczne doświadczenie oraz chęć do pracy i pogłębienia swojej wiedzy, będą mogły z czasem uzyskać dyplomy pielęgniarskie. Przyczyni się to do zwiększenia ilości pielęgniarek, bez obniżenia poziomu kwalifikacji fachowych.

Specjaliści radzieccy podkreślają, że kursy dokształcania i specjalizacji oraz kursy przygotowawcze dały w praktyce jak najlepsze wyniki.

WANDA LANKAJTES
Radca Min. Zdrowia

SZKOLNICTWO PIELĘGNIARSKIE

Chory w szpitalu, chory w sanatorium w przychodni czy w domu zawsze potrzebował i potrzebować będzie pomocy i opieki.

Pomoc tę i opiekę daje z jednej strony lekarz — z drugiej jego najbliższa współpracownica — pielęgniarka.

Pielęgniarka w nowoczesnej służbie zdrowia nie tylko zajmuje się chorym — przenika również swą pracą i wpływem do rodziny i szerzy tam zasady higieny, uczy jak zachować zdrowie, jak uniknąć chorób, wnika w potrzeby społeczne rodziny i reguluje je.

Pielęgniarstwo szpitalne i pielęgniarstwo społeczne to szeroki i odpowiedzialny zasięg pracy i odziaływania społecznego.

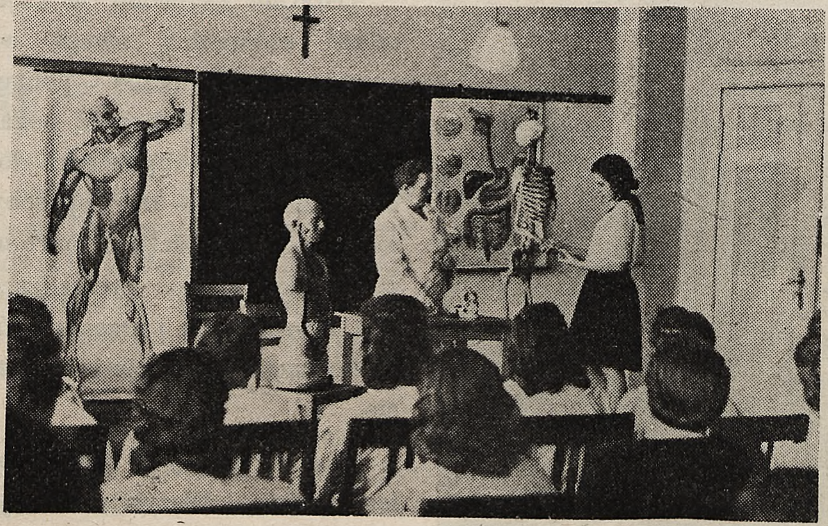
W każdym szpitalu, lecznicy, w Ośrodku Zdrowia, w poradniach, ambulatoriach, w higienie szkolnej, w pielęgniarstwie domowym — potrzebna jest pielęgniarka.

Zawód ten wymaga dużej wiedzy fachowej, a jednocześnie wyrobienia życiowego, uspołecznienia, wysokiego poziomu etyki i cech charakteru. Ta, która ma pomagać człowiekowi w najcięższych jego przeżyciach — w chorobie, w załamaniu psychiki, która współczujące i kojące ręce podaje w jednej z wielkich tragedii życia, jakim jest cierpienie, musi być do swej pracy odpowiednio przygotowana i wyrobiona.

W zrozumieniu poważnych zadań pielęgniarstwa, Ministerstwo Zdrowia uruchamia Szkoły Pielęgniarstwa, w których przyszłe pielęgniarki nabywają wiedzę, kształcą się metodycznie, wyrabiają społecznie i etycznie oraz otrzymują pełne przygotowanie do zawodowej pracy.

Pielęgniarstwo jest jednym z zawodów, który najbardziej odpowiada psychice kobiety. Znajduje ona tu wielkie możliwości rozwoju swoich uzdolnień i wrodzonych cech charakteru. Toteż opieka nad chorym spoczywała od stuleci w rękach kobiety; nie zawsze, niestety,

właściwie do tego przygotowanej. Dziś przygotowanie to dają Szkoły Pielęgniarstwa. Szkół tych jest w Polsce obecnie dziewiętnaście — dalsze w stadium organizacji.



Szkoły Pielęgniarstwa kładą szczególny nacisk na wyposażenie sal demonstracyjnych i kompletowanie pomocy naukowych do wykładów z anatomii człowieka

Dwuletnia nauka w szkole daje wykształcenie teoretyczne i praktyczne, gdyż słuchaczki ¾ czasu szkolenia poświęcają pracy na oddziałach szpitalnych i wzorowo zorganizowanych placówkach pielęgniarstwa społecznego.

Poziom szkolnictwa pielęgniarskiego jest wskaźnikiem poziomu pielęgniarstwa danego kraju. Im więcej dobrych szkół — tym więcej w terenie dobrych pielęgniarek.

Zapoczątkowanie szkolnictwa w pielęgniarstwie związane jest z reformą Florencji Nightingale. W Polsce bardzo wcześnie, bo już w 1911 r. uruchomiono pierwszą Szkołę Pielęgniarstwa. Okres po pierwszej wojnie światowej zapoczątkował rozwój szkół, które nieomal wszystkie zlikwidowane podczas okupacji niemieckiej — obecnie zaczynają się rozwijać i na nowo organizować we wzmożonym tempie.

Pierwsze zespoły pielęgniarek z dawnych szkół wpłynęły w znacznej mierze na podniesienie opinii o zawodzie pielęgniarskim, m. in. zorganizowały ruch zawodowy, opracowały podstawy prawne dla zawodu (ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r.), prowadziły własne pismo zawodowe p. t. „Pielęgniarka Polska".

Obecnie szkolnictwo pielęgniarskie i obecny ruch zawodowy przystosowują się do zmienionych form gospodarczo-społecznych Polski. Zasadnicze jednak wytyczne, dotyczące organizacji szkolnictwa pielęgniarskiego, zdały egzamin przydatności i w nowym ustroju znajdują nadal zastosowanie. Do nich należy zaliczyć:

a) kierownictwo szkoły przez dyrektorkę — pielęgniarkę,
b) obowiązkowy internat dla uczennic,
c) selekcja kandydatek,
d) cenzus wykształcenia i wieku,
e) usystematyzowana nauka teoretyczna i zorganizowana praktyka pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego.

Internat daje możność nauki uczennicom z prowincji, zapewnia nie tylko odpowiednie warunki i opiekę, lecz wychowuje w życiu zespołowym. Uczennice wyrabiają sobie charakter i postawę wobec obowiązku, uspołeczniają się i wcześnie, jeszcze w życiu szkolnym, powstaje silna więź z przyszłym zawodem.

Odpowiedzialny i szeroki zakres obowiązków pielęgniarki wymaga selekcji przy przyjęciu, biorąc pod uwagę: zamiłowanie do przyszłego zawodu, środowisko socjalne, uspołecznienie i wykształcenie ogólne na poziomie gimnazjalnym.

Reforma szkolnictwa, wprowadzona obecnie przez Ministerstwo Oświaty, zmieni strukturę szkół zawodowych, dając do wszystkich liceów jednolitą podbudowę szkoły podstawowej (powszechnej).

W ten nurt włączą się zapewne i Szkoły Pielęgniarstwa aby mieć ciągłość w dopływie kandydatek i dawać im uprawnienia do dalszych studiów na wyższym poziomie.



Wzorowo urządzony internat zapewnia spokój nauki i higienę wypoczynku

(Zdjęcia nadesłała Szkoła Piel. w Poznaniu)

Podstawą nauki w Szkole Pielęgniarstwa jest szkolenie praktyczne poprzez realną pracę uczennic na oddziałach szpitalnych i placówkach społecznych. Odbywa się ono na oddziałach wydzielonych przez szpital i oddanych szkole ze swobodą zorganizowania wzorowej pracy i stosowania nowoczesnych metod pielęgnowania.

Analogicznie odbywa się praktyka w dziale opieki otwartej, w Ośrodku Zdrowia, w dziale higieny szkolnej i pielęgniarstwa domowego.

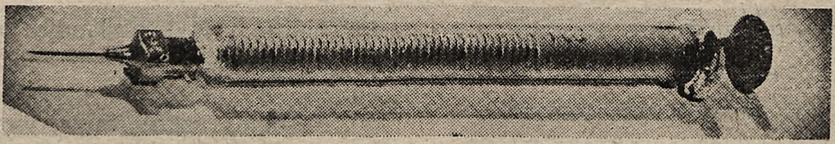
Napływ do szkół jest duży, co świadczy o zainteresowaniu zawodem pielęgniarskim. Celowa selekcja przy przyjęciach, jak również bezpłatna nauka wraz z internatem — daje możność korzystania ze szkół — młodzieży ze środowisk wiejskich i robotniczych.

Ostatnio zwrócono w szpitalach szczególną uwagę na wychowanie społeczno - polityczne. Akcja świetlicowa, pogadanki, odczyty, odpowiedni dobór literatury — oto sposoby związania młodzieży z nurtem życia społecznego prowadzące do zrozumienia przeobrażeń, zachodzących w Kraju i w świecie.

Obecnie mamy 19 Szkół Pielęgniarstwa. Wszystkie mają chwilowo jakieś trudności: lokalowe, finansowe, trudności dotyczące miejsc praktyki, nie spełniających wymagań dydaktycznych, a wreszcie niedostatek obsady instruktorskiej i brak pomocy szkolnych. W miarę jednak normalizacji życia gospodarczego, trudności te będą powoli znikać.

Pielęgniarki z okresu przedwojennego, zwłaszcza te, które walczyły niegdyś o otwieranie szkół, dziś z radością witają dążenie nowego ustroju do rozbudowy szkolnictwa zawodowego, dążenie nie przypadkowe, lecz leżące w planie Państwowej Służby Zdrowia.

Wanda Lankajtes.



BRONISŁAWA FRANCZAK
Powiatowa Instruktorka Pielęgniarstwa w Katowicach

Dokształcanie w Ośrodkach Zdrowia

W r. 1945, po odzyskaniu niepodległości Służba Zdrowia stanęła wobec konieczności kształcenia nowych kadr pielęgniarskich i doszkalania pielęgniarek niewykwalifikowanych. Pierwszym etapem prac Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie stworzenia nowych kadr pielęgniarek, było reaktywowanie i organizowanie nowych szkół pielęgniarstwa, których obecnie mamy 19.

Drugim etapem, przypadającym na rok 1946, było utworzenie przy Ośrodkach Zdrowia — działu szkoleniowego. Jako Szkoleniowe Ośrodki Zdrowia wybrano przede wszystkim placówki mniej więcej dobrze zorganizowane i obsadzone przez pielęgniarki dyplomowane, czy po egzaminie państwowym, które wykazały się dłuższą praktyką na terenie opieki zdrowotnej otwartej.

W sprawach szkolenia nie wydano żadnych instrukcji, trudno było także wprowadzić ramowe wytyczne, ponieważ jednostki kierowane na przeszkolenie nie mają jednakowego przygotowania. Pielęgniarki, pełniące obowiązki instruktorek szkoleniowych, dokształcały „na własną rękę", starając się z biegiem czasu ulepszyć swe metody.

Dokształcanie podzielić można na 3 grupy: na dokształcanie *indywidualne, zbiorowe* i na *samokształcenie.*

INDYWIDUALNE dokształcanie, dokształcanie jednostki jest metodą dość kosztowną, jeśli chodzi o czas szkolącego, ale bardzo wydajną, bo pozwala na dokładne poznanie jednostki szkolonej i na u z u p e ł n i e n i e jej wykształcenia. Dla jednostki szkolonej metoda ta jest korzystniejsza i ekonomiczniejsza, nie zmusza bowiem do wysłuchiwania dyskusji, czy wykładów o materiale już znanym, daje natomiast możność zainteresowania się rzeczami nowymi, pozwala na dalsze pytania, a zatem pogłębianie przedmiotu i wchłanianie nowych wiadomości w tempie, do jakiego umysł jej z natury swej jest zdolny.

ZBIOROWE, grupowe szkolenie nie wydaje się znajdować zastosowania w Szkoleniowym Ośrodku Zdrowia. Przede wszystkim kandydatki przychodzą na szkolenie w różnych okresach czasu. Poza tym różnią się poziomem nabytych już wiadomości, zarówno podstawowych, jak i zawodowych: jedne bez żadnych kursów, z małą praktyką, inne po kursie ratownictwa, czy też po 6-miesięcznym kursie PCK.

Poza tym zdarzają się tu kandydatki, które przychodzą na przeszkolenie tylko dlatego, że skierowała je jakaś instytucja. Nie wykazują żadnego zainteresowania czy zamiłowania, zawód traktują jako tymczasowy. W czasie szkolenia dość często trzeba je zmuszać do słuchania wykładów i do zainteresowania się innymi zajęciami. Rezultaty bywają różne: bądź to jednostka przekonana i „zmieniona" zostaje, bądź też usuwa się ją z praktyki.

SAMOKSZTAŁCENIE nie wymaga tu osobnego omówienia, zagadnienie to może w szerszym zakresie wyczerpie czyjś inny artykuł.

W związku z dokształceniem *indywidualnym,* które praktykuje się w szkoleniowym Ośrodku Zdrowia, omówić chcę następujące wytyczne:

1) C z a s s z k o l e n i a ustala się na 2 — 4 tygodnie, zależnie od potrzeb indywidualnych szkolącej się jednostki;

2) kandydatka, zgłaszająca się na przeszkolenie winna być k i e r o w a n a przez hierarchicznie wyższą instytucję (np. Powiatowy Ośrodek Zdrowia przyjmuje ze skierowaniem z Urzędu Wojewódzkiego). Z terenu zaś

objętego działalnością np. Powiatowego Ośrodka Zdrowia, na przeszkolenie kieruje pielęgniarka powiatowa;

3) ilość kandydatek trzeba z góry ustalić z wojewódzką instruktorką (do jednej poradni powinno się kierować tylko jedną słuchaczkę, aby nie dopuścić do nudy i tzw. „obijania się").

W pierwszym dniu przyjścia kandydatki zakładamy kartę indywidualną, która służy jednocześnie za program i sprawdzian szkolenia (i wyklucza pomyłki w rozkładzie zajęć). Karta indywidualna obejmuje: imię i nazwisko pielęgniarki, pełniącej obowiązki instruktorki szkoleniowej, imię i nazwisko pielęgniarki szkolącej się, oraz jej wykształcenie ogólne i zawodowe.

Karta obejmuje następnie program szkolenia:

Rejestracja chorych (z podaniem dni i godzin).

Poradnia ogólna.
Stacja opieki nad matką i dzieckiem:
- a) dla niemowląt,
- b) dla dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym,
- c) dla ciężarnych,
- d) kuchnia mleczna.

Choroby społeczne:
- a) Poradnia Przeciwgruźlicza,
- b) „ Przeciwweneryczna,
- c) „ Przeciwjaglicza.

Przeprowadzone odwiedziny domowe:
- a) pokazowe z pielęgniarką instruktorką,
- b) samodzielne,
- c) samodzielne zestawienie sprawozdawcze.

Praca w kancelarii Ośrodka Zdrowia:
- a) administracja,
- b) sprawozdawczość,
- c) księgowość — rachunki.

W drugiej części karty indywidualnej wpisujemy wyniki i opinię o pracy szkoleniowej poszczególnej kandydatki.

Poza kartą indywidualną zakładamy dla szkolącej się książeczkę kontroli, która obejmuje następujące rubryki: datę, poradnię, ilość godzin, zabiegi, podpis pielęgniarki z poradni.

Szkolenie zaczynamy według programu, wytyczonego w karcie indywidualnej, zanim jednak wprowadzimy szkolącą się do kontrolnej pracy, musimy zaznajomić ją z organizacją oraz celem Ośrodka Zdrowia i poszczególnych poradni. Dajemy jej do przeczytania instrukcję o Ośrodkach Zdrowia i regulamin, obowiązujący w Szkoleniowym Ośrodku Zdrowia. Należy jej także podać rozkład zajęć lekarzy, pielęgniarek, personelu administracyjnego (dni i godziny przyjęć w poszczególnych poradniach) oraz zapoznać ogólnie z poradniami. Pokazujemy jej następnie, gdzie się chowa wierzchnie odzienie, gdzie jest umywalnia itp. Nie należy zapominać, że nowa szkoląca się przychodzi na przeszkolenie z pewnym lękiem, od nas więc zależy jej przyszłe samopoczucie.

Przed opuszczeniem terenu Ośrodka, szkoląca winna otrzymać pożyteczne dla niej wskazówki, jak np.: gdzie można nabyć narzędzia lekarskie, lekarstwa, druki itp., powinna także otrzymać wykaz najnowszych książek z dziedziny zdrowia.

Po skończonym szkoleniu, jedną wypełnioną kartę indywidualną przesyłamy do Urzędu Wojewódzkiego, drugą zaś przechowujemy w teczce pt. „Sprawy Szkoleniowe" — w aktach Szkoleniowego Ośrodka Zdrowia.

Do szkolenia *zbiorowego* zaliczyć możemy tzw. „Odprawy Pielęgniarskie", urządzane przynajmniej 4 razy do roku dla wszystkich pielęgniarek, zatrudnionych w Ośrodkach Zdrowia, a więc dla personelu wykwalifikowanego i niewykwalifikowanego. Program odpraw pielęgniarskich jest ściśle dostosowywany do indywidualnych potrzeb terenu.

Potrzeby te możemy określić w czasie inspekcji Ośrodków Zdrowia. Program obejmuje 15 godzin wykładów i ćwiczeń. Podaję wzór odprawy pielęgniarskiej:

1) cel i zadania Ośrodka Zdrowia z uwzględnieniem poszczególnych poradni;
2) organizacja Ośrodka Zdrowia;
3) organizacja pracy pielęgniarki w Ośrodkach Zdrowia;
4) technika wywiadów społecznych:
   - a) wywiad propagandowy i pouczający,
   - b) wywiady zlecone i kontrolne,
   - c) opieka domowa nad chorym;

5) omówienie sprawozdań i technika ich przygotowania;
6) omówienie pracy w poszczególnych Ośrodkach Zdrowia na podstawie krótkich sprawozdań pielęgniarek o warunkach lokalnych;
7) kartoteka i ewidencja;
8) izolacja zakaźnie chorego w domu, względnie w izbie wypadkowej przy Ośrodku Zdrowia;
9) przygotowanie do porodu i pomoc pielęgniarki przy porodzie w domu;
10) przygotowanie i pomoc przy odmie i punkcji opłucnej;
11) praktyczne pokazy:
    a) słanie łóżka z ciężko chorym,
    b) zmiana bielizny pościelowej u ciężko chorego,
    c) toaleta poranna,
    d) kąpiel w łóżku,
    e) mycie głowy w łóżku,
    f) kąpiel noworodka.

Układając program, nie należy wprowadzać dziennie więcej, niż 5 godzin wykładów, resztę czasu należy poświęcić na ćwiczenia i pokazy.

Ćwiczenia winny obejmować swym programem: rejestrację i sprawozdawczość.

*

Pielęgniarkom, które nie mają możności dokształcania się indywidualnego, czy zbiorowego, pozostaje: samokształcenie — metoda niełatwa, lecz dająca niejednokrotnie doskonałe wyniki, a zawsze — bardzo wiele satysfakcji.

Bronisława Franczak.

ZOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA
Przew. Sekcji Oddz. W-skiego Z.Z. P.S.Z

Rola pielęgniarki w przemyśle*)

PIELĘGNIARSTWO przemysłowe wchodzi w zakres pielęgniarstwa społecznego i jest obecnie uwzględnione w programach dwuletnich szkół pielęgniarstwa.

W Polsce sprzed roku 1939 ustrój kapitalistyczny nie widział potrzeby szkolenia pielęgniarek w tym kierunku, nic więc dziwnego, że program szkół pielęgniarstwa nie obejmował wykładów z pielęgniarstwa przemysłowego. Kapitaliści uważali, że wydatki na ochronę zdrowia mas pracujących „nie kalkulują się".

W poprzednim artykule zaznaczyłam, że dzięki śp. Halinie Krahelskiej, znalazła się niewielka liczba pielęgniarek, zatrudnionych w przyfabrycznych placówkach opieki nad matką i dzieckiem, nie były to jednak pielęgniarki przemysłowe w tym znaczeniu, w jakim obecnie rozumiemy.

Dziś, w dobie wielkich przemian społeczno-gospodarczych, nie tylko dbamy o rozwój produkcji ,ale także o zdrowie i polepszenie bytu człowieka pracującego. Upaństwowienie przemysłu przyczyniło się do zniesienia wyzysku człowieka przez człowieka. Cały zysk, który daje przemysł, nie idzie na wzbogacenie się jednostek, jak to się dzieje w ustroju kapitalistycznym, lecz przeznaczony jest na odbudowę kraju, rozbudowę przemysłu i usprawnienie rolnictwa. Planowa gospodarka takiego ustroju ma na celu ochronę zdrowia człowieka pracy i jego rodziny. Przez stworzenie odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych w warsztacie pracy i w domu, przez podniesienie stopy życiowej człowieka, zwiększamy wydajność jego pracy.

*) Część pierwsza cyklu artykułów „Pielęgniarstwo Przemysłowe" ukazała się w numerze 1 naszego pisma.

Ochrona zdrowia mas pracujących wymaga stałej i racjonalnej kontroli, która winna dotyczyć nie tylko zdrowia człowieka, ale i warunków sanitarnych jego warsztatu pracy.

Widzimy więc jaki ogrom prac stoi przed pielęgniarstwem przemysłowym, jak bardzo potrzeba licznego i odpowiednio wyszkolonego personelu, aby sprostać nasuwającym się zadaniom.

Dziś odczuwamy dotkliwy brak sił instruktorskich, które by mogły w naszych szkołach pielęgniarstwa prowadzić wykłady z pielęgniarstwa przemysłowego.

Brak znajomości zasad pielęgniarstwa przemysłowego, brak znajomości socjologii, a jednocześnie pokutujący jeszcze u niektórych administratorów w zakładach pracy nieodpowiedni stosunek do ochrony zdrowia i opieki nad człowiekiem pracy — oto szereg trudności, z jakimi walczą obecnie pielęgniarki przemysłowe, które zdają sobie jednocześnie sprawę z przypadkowości swych poczynań.

Celem tego cyklu artykułów jest sprecyzowanie zadań pielęgniarki w przemyśle. Jestem w tej dziedzinie samoukiem. Wiadomości, zdobyte 20-letnią praktyką, pogłębiane czytaniem pism i książek z dziedziny medycyny przemysłowej, higieny i bezpieczeństwa pracy, stanowią materiał, którym pragnę podzielić się z Koleżankami.

Mam nadzieję, że cykl tych artykułów pobudzi Koleżanki do dzielenia się na łamach naszego pisma swoją wiedzą i doświadczeniem z tego zakresu, co może stać się przyczynkiem do napisania podręcznika dla uczennic szkół pielęgniarstwa.

Na wstępie pragnę omówić pokrótce drogę, jaką w Ministerstwie Przemysłu i Handlu oraz podległych mu instytucjach przebywają wszystkie zarządzenia dotyczące opieki nad człowiekiem pracy i jego rodziną.

Zarządzeniami tymi zajmuje się Departament Ekonomiczno - Socjalny, a szczególnie dwa jego wydziały: Wydział Socjalny i Wydział Higieny i Bezpieczeństwa Pracy.

Poszczególne zagadnienia są opracowywane przez odnośne referaty i przesyłane w postaci zarządzeń do Oddziałów Socjalnych Centralnych Zarządów Przemysłowych. Stąd, poprzez referentów socjalnych poszczególnych Zjednoczeń Branżowych wchodzą w stan realizacji.

Funduszami akcji socjalnej winien gospodarować w każdym zakładzie pracy specjalnie wyszkolony referent socjalny, zaś realizację ochrony zdrowia i opieki nad człowiekiem pracy i jego rodziną winna przejąć pielęgniarka przemysłowa, zatrudniona w każdym, liczącym ponad 300 osób, zakładzie przemysłowym.

W skład wiadomości niezbędnych pielęgniarce przemysłowej wchodzą:

I. Higiena przemysłowa,
II. Higiena zawodowa,
III. Higiena osobista,
IV. Bezpieczeństwo pracy,
V. Praca kobiet i młodocianych,
VI. Zastosowanie higieny psychicznej,
VII. Profilaktyka i lecznictwo,
VIII. Choroby społeczne przewlekłe,
IX. Opieka nad rekonwalescentami,
X. Odżywianie i dożywianie,
XI. Praca kulturalno - oświatowa,
XII. Instrukcje i sprawozdawczość,
XIII. Współpraca z czynnikami społecznymi w zakładzie pracy,
XIV. Metodyka pracy,
XV. Opieka nad matką i dzieckiem,
XVI. Pielęgniarstwo w przemysłowych ośrodkach dyspozycyjnych, (Min. Przemysłu i Handlu oraz Centralne Zarządy.).

Plan ten, podany z góry, ułatwi nam metodyczne podejście do zagadnień pielęgniarstwa przemysłowego. Zaczniemy więc od higieny przemysłowej, której zakres można ująć w następujące punkty:

1. warsztat pracy,
2. wentylacja,
3. oświetlenie,
4. ogrzewanie,
5. zaopatrzenie w wodę,
6. utrzymanie czystości,
7. urządzenia higieniczno - sanitarne,
   a) szatnia, b) kąpielisko, c) umywalnie, d) ubikacje, e) pralnie, f) studnie,
8. kuchnie i stołówki,
9. podwórze fabryczne.

(D. c. n.)

Z. Żołędziowska

W dziale pod tym tytułem będziemy zamieszczać materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej.

DR T. ROŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

Od umiejętnie udzielonej pierwszej pomocy w nagłym wypadku zależą często dalsze losy chorego. Nieszczęśliwe wypadki powstają nierzadko w zupełnie nieprzewidzianych okolicznościach, z dala od lekarza i szpitala, a wtedy każdy powinien umieć tę pomoc okazać, a przede wszystkim tak się zachować, żeby przez nieodpowiednie zabiegi nie przynieść choremu szkody, co się jeszcze, niestety, często zdarza. Postaram się więc omówić kolejno sposoby niesienia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach jak zranienia, złamania, oparzenia, zatrucia itp.

RANY

Rana lub zranienie jest to uszkodzenie skóry a często i głębiej leżących tkanek, powstałe pod wpływem urazu mechanicznego (uderzenie, skaleczenie, postrzelenie itp.). Zależnie od działającego czynnika będziemy rozróżniać rany: cięte, kłute, miażdżone i szarpane, oraz postrzałowe.

Rany **cięte** są zwykle zadawane ostrym i wąskim przedmiotem (nóż, brzytwa, odłamek szkła). Brzegi tych ran są równe i gładkie, rany nie są zwykle głębokie i obficie krwawią.

Rany **kłute** powstają pod wpływem działania jakiegoś wąskiego i ostrego przedmiotu, np. bagnetu, sztyletu, szpilki. Cechuje je mały otwór i wąski, głęboki kanał. Rany te są bardzo niebezpieczne, gdyż mogą uszkodzić duże naczynia krwionośne i narządy wewnętrzne.

Rany **miażdżone** mają nierówne, podbiegnięte krwią brzegi, a tkanki w obrębie ich są stłuczone i obumarłe. Rany miażdżone powstają zwykle pod wpływem mocnych uderzeń tępymi, twardymi przedmiotami, jak laska, młotek, kamień, duży odłamek pocisku itp. Są to rany niebezpieczne, gdyż powodują wielkie zniszczenie tkanek i często uszkadzają narządy wewnętrzne.

Rany **szarpane** są podobne do miażdżonych, ale dotyczą tylko skóry i tkanki podskórnej.

Rany **postrzałowe,** jak sama nazwa wskazuje, pochodzą z broni palnej i mają specjalny charakter. Rana postrzałowa może być: przestrzałowa, ślepa i styczna.

Rana przestrzałowa ma swój wlot, kanał i wylot, który zawsze jest większy niż wlot. Rana ślepa posiada wlot i kanał, na końcu którego znajduje się kula. Rana styczna, podobnie jak przestrzałowa ma swój wlot, kanał i wylot, tylko jedna ze ścian kanału jest otwarta, przez co komunikuje się on ze światem zewnętrznym.

Objawy ran są bardzo różne, zależnie od ich wielkości i rodzaju, jednak wszystkie rany cechuje: rozwarcie brzegów, krwawienie, ból, upośledzenie czynności zranionej części ciała i objawy ogólne (zblednięcie czasem omdlenie, wstrząs itp.).

PIERWSZA POMOC przy wszelkiego rodzaju ranach polegać będzie na nałożeniu odpowiedniego opatrunku. W każdym domu powinna się znajdować mała podręczna apteczka, a w niej kilka jałowych opatrunków, składających się z poduszeczki gazowej, waty i opaski.

Postępowanie nasze będzie następujące:

1) **uwalniamy zranioną część ciała od ubrania i bielizny** (np. zdejmujemy marynarkę i koszulę). Należy pamiętać, że w czasie robienia opatrunku zraniony powinien siedzieć lub leżeć;
2) okolicę rany pędzlujemy jodyną, w kierunku od rany na zewnątrz, aby uniknąć wpędzenia brudu i bakterii do rany;
3) nakładamy na ranę jałową poduszeczkę z gazy i waty;
4) przymocowujemy opatrunek opaską;
5) stosujemy unieruchomienie, jeżeli zraniona została kończyna;
6) jeśli rana była duża, głęboka, albo postrzałowa — wzywamy lekarza.

Pod żadnym pozorem nie wolno:

1) dotykać rany palcami i usuwać z niej skrzepów krwi a nawet ciał obcych, jak odłamki, części ubrania itp.;
2) nalewać do rany jodyny, wody lub innych płynów;
3) dotykać palcami tej części opatrunku, która ma bezpośrednio zetknąć się z raną;
4) stosować na ranę jakichkolwiek maści czy proszków;
5) opatrywać rany niejałowym materiałem (chustki, gałganki).

Zawsze należy pamiętać, że stosujemy tylko **„pierwszą pomoc"**, a dalsze leczenie rany należeć będzie do lekarza. Wyżej wspomniane zakazy mają na celu niedopuszczenie do zakażenia rany, które jest jednym z jej groźniejszych powikłań. Toteż jeśli nie mamy pod ręką jałowego opatrunku, lepiej jest w ogóle nie opatrywać rany tylko jak najprędzej odstawić zranionego do lekarza.

Jak już wspomniałem, każdej ranie towarzyszy mniejsze lub większe **krwawienie.** W najzwyklejszych wypadkach jest to zwykłe, powolne krwawienie z powierzchownych drobnych naczyń krwionośnych. Krew ma zwykły, czerwony kolor i płynie powolnym strumieniem, a po jakimś czasie krwawienie zatrzymuje się samo. Daleko groźniej przedstawia się sprawa, gdy zranione zostanie naczynie **tętnicze lub większe**



A — krwawienie tętnicze
B — krwawienie żylne

żylnc. W tętnicach płynie pod dużym ciśnieniem jasnoczerwona krew, świeżo utleniona w płucach. Toteż gdy tętnica zostanie przecięta, krew tryska z rany wysokimi, przerywanymi strumieniami, a kolor jej jest żywy, jasnoczerwony. Krew żylna ma natomiast ciemnowiśniowe zabarwienie i płynie powoli, pod sła-



Tamowanie krwotoku z rany przedramienia

bym ciśnieniem. Toteż przy przecięciu żyły, krew będzie płynęła z rany jednolitym niewysokim strumieniem, a zabarwienie jej będzie ciemnoczerwone, wiśniowe.

Obydwa rodzaje krwawienia są niebezpieczne, tym niebezpieczniejsze im większe było światło przeciętej tętnicy lub żyły. **Pierwsza pomoc w wypadkach krwawienia tętnicze-**



Tamowanie krwotoku z rany podudzia

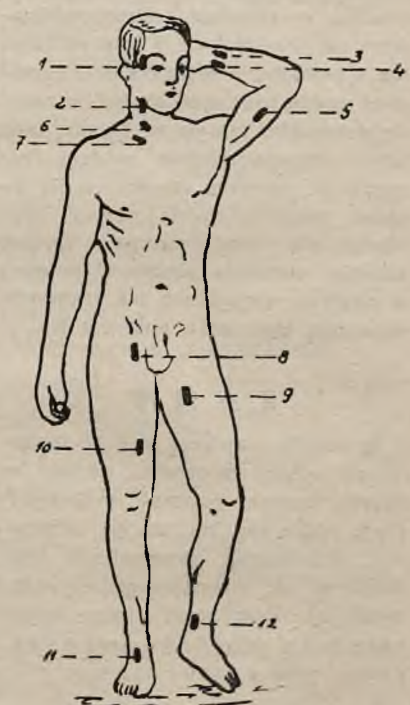
go polegać będzie na przerwaniu dopływu krwi do rany przez uciśnięcie odpowiedniej tętnicy. Jeżeli rana znajduje się na jednej z kończyn, sytuacja będzie łatwa do opanowania: wystarczy w tym wypadku nałożyć tzw. **opaskę uciskającą.** Najlepszą opaską uciskającą jest zwykła taśma, lub zwykły wąż gumowy. Aby zatrzymać krwawienie tętnicze, unosimy kończynę do góry, trzymamy przez chwilę w tym położeniu a następnie zakładamy powyżej rany (między raną i sercem) opaskę, uciskając mocno i owijając ją kilkakrotnie dokoła kończyny. Koniec opaski umocowujemy w jakikolwiek sposób. Opaska jest wówczas dobrze nałożona, o ile krwawienie od razu ustaje. Na kończynach opaskę uciskającą zakładamy z reguły na ramieniu, lub na udzie. Zakładanie opasek uciskających na podudzie i przedramię jest bezcelowe, gdyż pomiędzy dwiema kośćmi tych części ciała biegnie duża tętnica, która nigdy nie da się ucisnąć.



Umocowanie prowizorycznej opaski

Gdy nie ma opaski gumowej lub elastycznej, dobre usługi może oddać zwykły sznur lub taśma, względnie kawałek płótna zwinięty w rulon. Owijamy takim sznurem udo lub ramię, przez jeden ze zwojów przetykamy mocny patyk i kilkakrotnie skręcamy, aż krwawienie zatrzyma się. Wtedy koniec patyka przymocowujemy zwykłą opaską do uda.

Opaskę uciskową wolno pozostawić **najwyżej przez 2 godziny,** gdyż inaczej kończyna ulegnie obumarciu (zgorzeli). Toteż w ciągu dwóch godzin od chwili nałożenia opaski uciskowej należy chorego dostarczyć do lekarza, a jeszcze lepiej do szpitala. Jeżeli z jakichkolwiek powodów nie będzie to możliwe , wówczas lepiej jest zdjąć na kilka minut opaskę, a potem założyć ją ponownie. Często również bywa tak, że przez te dwie godziny w przeciętej tętnicy utworzy się skrzep, który zatamuje krwawienie.



Miejsca ucisku poszczególnych tętnic

1) skroniowej
2) szczękowej
3) łokciowej
4) promieniowej
5) ramieniowej
6) szyjnej
7) podobojczykowej
8) udowej
9) udowej
10) udowej
11) grzbietowej stopy
12) piszczelowej



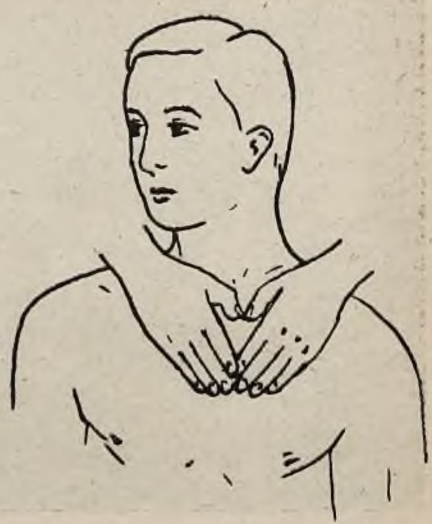
Sposób uciskania tętnicy skroniowej

Przy krwawieniu żylnym, często wystarczy nałożenie jałowego, mocno uciskającego opatrunku na ranę.

Często powierzchowna rana mocno krwawi, ale krwawienie nie ma charakteru ani tętniczego, ani żylnego. Wówczas zadawalamy się nałożeniem o p a t r u n k u u c i s k o w e g o, lub gdy to nie pomaga, zakładamy na krótki czas o p a s k ę u c i s k a j ą c ą.

Zatrzymanie krwawienia tętniczego i żylnego kończyn jest więc dość łatwe i proste. Inaczej sprawa przedstawia się gdy mamy do czynienia z krwotokiem z rany tułowia lub głowy. Nałożenie opaski uciskającej jest w tym wypadku niemożliwe, a chorego należy ratować szybko, gdyż w każdej chwili grozi mu śmierć z utraty krwi. Jaka jest w tych wypadkach rola ratownika?

Krwotok tętniczy z ran głowy lub tułowia można opanować tylko przez mocne uciśnięcie tętnicy powyżej zranienia (między sercem i raną). Znajomość więc przebiegu ważniejszych tętnic powierzchownych jest niezwykle ważna. Załączone rysunki najlepiej pokażą gdzie i w jaki sposób należy uciskać tętnice, aby zatrzymać krwawienie. Trzeba pamiętać, że ratownik tak długo musi uciskać tętnicę, aż chory zostanie dostarczony do lekarza, a jeszcze lepiej — do szpitala. Jeżeli przecięta tętnica leży powierzchownie i jest niewielkiego kalibru — wystarczy mocny ucisk na samą ranę poprzez jałowy opatrunek z gazy; tak też postępujemy z krwawieniami żylnymi tułowia i głowy.



Sposób uciskania tętnicy podobojczykowej

Przy silnych krwawieniach miąższowych nakładamy na ranę opatrunek uciskowy, składający się z grubej warstwy jałowej gazy, waty i opaski, którą przy nakładaniu bardzo mocno naciągamy.

d. c. n.

„SZKOŁA JEST DROGĄ..."

Reportaż własny „Pielęgniarki Polskiej"

SZKOŁA pielęgniarstwa PCK w Szczecinie ma wygląd raczej surowy: duże, szare budynki, jednostajne rzędy błyszczących okien — starannie utrzymany park — pielęgnowane trawniki...

Wchodzimy do Szkoły i od razu porywa nas rytm pracy. Instruktorki, otoczone gromadkami dziewcząt, odbywają właśnie ćwiczenia z „Zuzanną", która niezdarnością ruchów trocinowego manekina wywołuje nieraz tłumioną wesołość u niezbyt „dojrzałego" jeszcze I kursu. Oczywiście — wszystkie słuchaczki zdają sobie sprawę, że dziś — to bezwładny manekin, ale za kilka tygodni będzie to już żywy, cierpiący chory. Dlatego też uważnie notują w pamięci zasady dzisiejszych ćwiczeń.

Dyrektorka Szkoły, ob. Zofia Sporzyńska informuje nas o programie szkolenia, rozkładzie zajęć i szczegółach życia szkolnego; z prawdziwą przyjemnością stwierdzamy, że powaga urzędu nie przeszkadza Dyrektorce cały niemal dzień spędzać razem z uczennicami i dzielić ich radości i troski. Zna nawet zainteresowania i upodobania każdej z 50-osobowej gromady. Ob. Dyrektorka opowiada o szczególnej sympatii, jaką jej wychowanki darzą psiaki i koty: pokazuje nam skrytkę na brudną bieliznę — „brudownik" — byłą „sypialnię" tych nielegalnych mieszkańców, co to czasem dopiero w czasie wykładów lub ćwiczeń — w najmniej odpowiednim momencie — zdradzali swoją obecność.

Wobec kategorycznego zakazu ukrywania żywych zwierzaków, sympatie uczennic skoncentrowały się na pluszowym misiu, który wędruje z pokoju do pokoju i cieszy się miłością wszystkich...

Pokoje mieszkalne uczennic, 2- lub 3-osobowe, są ładne, czyste, jasne, każda z dziewcząt ozdobiła „swoje miejsce" jakimś miłym, osobistym drobiazgiem, co przyjemnie urozmaica pobyt w tak licznej gromadzie.

W tej chwili pokoje są puste: część dziewcząt wyjechała z Wicedyrektorką



... wykład jest bardzo ciekawy...

na W.Z.O. do Wrocławia, część właśnie ćwiczy na sali demonstracyjnej.

Oprowadzając nas po pokojach, Ob. Dyrektorka rysuje sylwetki dziewcząt i tak trafnie podkreśla ich charakterystyczne cechy, że ma się złudzenie obecności tych „sportsmenek“, „natchnionych poetek“, zdolnych rysowniczek i tych, kóre najbardziej lubią się uczyć.

A teraz przechodzimy do sal szkolnych: niestety niewielkie, ale jasne, czyste; wszędzie pełno słońca. W jednej z sal lekcja anatomii: wykładowca demonstruje kości czaszki. Uczennice zasłuchane, skupione, pilnie notują. Wykład jest bardzo ciekawy. Od szwów potylicznych odrywa nas dzwonek.

Obiad. Na stołach w jadalni dymią wazy z zupą. Nikt się nie ociąga. Wszystkim jedzenie smakuje, zresztą praca całego przedpołudnia znakomicie zaostrza apetyt.

Po obiedzie godzina w świetlicy — imienia Doktór Anki. Tu śmiech i gwar. Przy akompaniamencie pianina dziewczęta nucą jakąś piękną rosyjską piosenkę. Przygotowanie do występu na wieczór Przyjaźni Polsko-Radzieckiej.

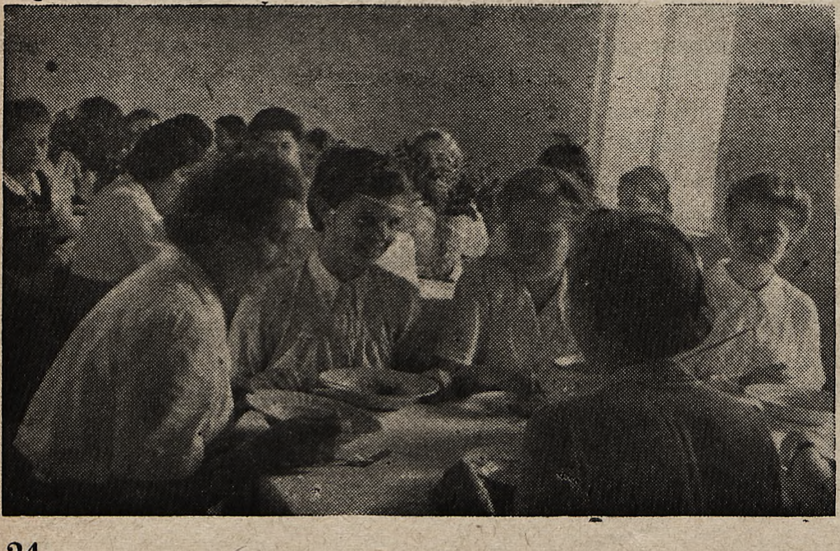
Grupka entuzjastek gry w szachy, „zespołowo“ toczy wojnę o konia i wieżę. Inne czytają. Wśród czasopism na stole widzimy również „Pielęgniarkę“, wydawnictwo szkolne, redagowane przez uczennice. W artykule „Nasz



Pani instruktorka jest sroga i wymagająca, trzeba więc bardzo uważać

dzień powszedni“ wzrok zatrzymuje się na... „szkoła jest tylko drogą“...

Droga ta, to 2 lata szkoły — Szczecińskiej Szkoły Pielęgniarstwa PCK — dwa lata pracy, zdobywania wiadomości, kształcenia zawodowego i właściwego ustosunkowania do powagi spraw społecznych. Dwa lata wyścigu pracy nie o lepsze stopnie, lecz o większe wiadomości, o lepszą przydatność w zawodzie.



Obiad smakuje, jak można sądzić z... pustych talerzy



„A po obiedzie godzinka w świetlicy"

„Szkoła jest drogą"... tędy prowadzi je Dyrektorka, troszcząc się o całokształt ich spraw, Wicedyrektorka, do której biegną po radę, czy wytłumaczenie różnorakich wątpliwości, niezrozumiałych artykułów, Instruktorka, bardzo sroga, bardzo wymagająca, lecz broniąca je „po cichu", gdy nie słyszą tego, w każdej ich „bolesnej sprawie szkolnej".

„Szkoła jest drogą..." na drodze tej towarzyszy uczennicom piękny, radosny uśmiech Doktór Anki, której portret ozdobiony zielenią i jarzębiną, zawiesiły w świetlicy w dniu jej otwarcia.

(j.w.)

Z notatnika pielęgniarki

Transfuzja

Co powinna pielęgniarka wiedzieć, asystując przy transfuzji krwi przetaczanej bezpośrednio i krwi konserwowanej?

1. Przed przetaczaniem trzeba zawsze dokładnie ustalić grupę krwi dawcy i odbiorcy.

2. Dawca musi być szczegółowo zbadany przez internistę, wenerologa lub neurologa. Konieczne są: prześwietlenie płuc, badanie krwi na opad, badanie krwi na odczyn Wassermanna, morfologiczne badanie krwi, ustalona grupa krwi. Dawcy zawodowi poza tym muszą posiadać legitymację krwiodawców i muszą być zarejestrowani w jednej ze Stacji Przetaczania i Konserwowania Krwi.

3. Krew ludzka dzieli się na 4 zasadnicze grupy: A, B, AB, O; ponadto istnieją tzw. podgrupy krwi.

4. Grupy krwi należy określać standardowymi surowicami A, B i O. Surowice te muszą być silne, ich miano aglutynacyjne (zdolność sklejania krwinek) nie niższa od 1:16 (to znaczy, że surowica, rozcieńczona 16 razy, winna zlepiać badane krwinki).

5. Określać grupy krwi należy podwójnie: a) na zasadzie znanych krwinek i b) znanych surowic.

6. Znane krwinki i znane (standardowe) surowice muszą być stale przechowywane w lodówce (temp. 3—4° C). Po wyjęciu z lodówki, krwinki i surowice muszą pozostawać przez 30 minut w temperaturze pokojowej (16—18° C), po tym czasie dopiero wolno je używać do określenia badanej krwi.

7. Celem uzyskania pewności i uniknięcia przykrych niespodzianek podczas transfuzji, należy przed każdym przetaczaniem wykonać jeszcze tzw. próbę krzyżową, polegającą na tym, że miesza się surowicę biorcy z krwinkami dawcy i odwrotnie, surowicę dawcy z krwinkami biorcy. Jeśli w wyniku tych prób stwierdza się brak aglutynacji (sklejania krwinek), oznacza to, że krew dawcy nadaje się dla odbiorcy.

8. Już podczas przetaczania krwi należy wykonać próbę biologiczną, która również zabezpiecza chorego przed powikłaniami w czasie i po transfuzji. Próba biologiczna polega na szybkim wprowadzeniu 5—10 ccm krwi dawcy do żyły odbiorcy; czeka się kilka minut, bacznie obserwując chorego. Jeśli odbiorca w tym czasie nie uskarża się na bóle w klatce piersiowej, w okolicy nerek, bóle rąk i nóg, nie jest blady i nie zdradza zaburzeń czynności serca, a czuje się dobrze, można krew przetaczać dalej.

9. Przetaczać krew tej samej grupy, do jakiej należy odbiorca, t. j. krew jednoimienną.

10. Przetaczając krew „uniwersalną" — grupy O — należy pamiętać o tym, żeby miano aglutynujące tej surowicy było niskie, najwyżej 1 : 16, a odbiorca miał nie mniej niż 2 miliony czerwonych krwinek w 1 mm^3, ilość zaś podanej krwi nie większa od 200 cm^3. Gdyby ta ilość okazała się niewystarczającą, należy następną transfuzję wykonać z krwi jednoimiennej, t. j. takiej, jaką ma odbiorca.

11. Nieuwzględnienie zastrzeżenia podanego w p. 10 może choremu zaszkodzić.

12. Odbiorca z grupą krwi „O" może otrzymywać krew tylko grupy „O"

13. Dawca „uniwersalny" (grupa krwi „O") może dawać krew swoją każdemu, z zastrzeżeniem podanym w p. 10.

14. Biorca z grupą krwi „A" winien otrzymać krew grupy „A" lub „O", z zastrzeżeniem podanym w p. 10.

15. Biorca z grupą krwi „B" winien otrzymać krew grupy „B" lub „O", z zastrzeżeniem podanym w p. 10.

16. Biorca z grupą „AB" może otrzymać krew grupy „AB", „A", „B" lub „O", zawsze z tym samym zastrzeżeniem podanym w p. 10.

17. Te same zastrzeżenia obowiązują w podawaniu krwi konserwowanej ludzi dorosłych.

18. Surowica krwi łożyskowej nie posiada aglutynin — ciał zlepiających, lub zawiera je (aglutyniny matczyne) w niewielkiej ilości, która nie ma przy transfuzji większego znaczenia.

19. Krwinki krwi łożyskowej (krew dziecka) posiadają grupę i dlatego przy użyciu tej krwi do przetaczania trzeba zwracać uwagę na jej przynależność grupową.

20. Krew konserwowana dawców (ludzi dorosłych) i konserwowana krew łożyskowa nie ustępują w niczym krwi przetaczanej bezpośrednio.

21. Krew konserwowana nie nadaje się do wlewań dożylnych, jeśli jest zanieczyszczona bakteriami, albo jeżeli wystąpiła w niej hemoliza.

22. Hemoliza świadczy o uszkodzeniu krwinek czerwonych; zawarta w nich hemoglobina przechodzi do osocza (płyn nad osadem z krwinek) i zabarwia go na kolor różowy lub czerwony. Stwierdza się to gołym okiem.

23. Krew konserwowaną zhemolizowaną można używać do wstrzykiwań domięśniowych, bez określenia grupy krwi odbiorcy.

24. Krew konserwowaną należy przed transfuzją ogrzać ściśle do temperatury ciała t. j. do 37°C!!!

25. Ogrzewanie krwi konserwowanej musi być powolne; wstawiamy ją do naczynia z wodą i na umieszczonym tam termometrze obserwujemy dokładnie podnoszenie się ciepłoty wody.

26. Ogrzewanie krwi bez pomocy termometru — sprawdzanie ręką ciepłoty wody ogrzewającej krew jest niedopuszczalne!.

27. Nie wolno również ogrzewać krwi konserwowanej ciepłą, bieżącą wodą z kranu.

28. W razie, gdy nie można ogrzać krwi konserwowanej w sposób podany w p. 25 i 26, podaje się krew nie ogrzaną.

29. Przed sterylizacją i po dokonanej transfuzji trzeba aparat do transfuzji przemyć bardzo dokładnie bieżącą, zimną wodą z kranu, celem usunięcia najdrobniejszych resztek krwi. Przy następnej bowiem transfuzji resztki te mogłyby spowodować odczyny białkowe.

30. Aparat do transfuzji trzeba wygotować (jeśli to mozliwe w całości) w roztworze fizjologicznym soli lub 5% cytrynianu sodu. Części aparatu nie nadające się do gotowania zanurza się w eterze na 30 minut przed transfuzją.

31. Gotowanie aparatu w wodzie zwykłej lub destylowanej i użycie go w stanie wilgotnym może spowodować hemolizę pierwszych porcji krwi i wywołać odczyn u odbiorcy.

32. Nie należy — jeśli to jest możliwe - przelewać krwi z naczynia, w którym była konserwowana do innego naczynia, a to, by uniknąć możliwości zainfekowania krwi. Aby zapobiec wprowadzeniu odbiorcy istniejących ewentualnie drobniutkich skrzepów, należy, pomiędzy naczyniem z krwią konserwowaną a aparatem do transfuzji umieścić filtr, chociażby z gazy jedwabnej.

33. Te same przepisy o aseptyce, co przy operacjach, obowiązują w przetaczaniu krwi bezpośrednim i krwi konserwowanej.

34. Uważać, by w czasie przetaczania nie wprowadzić powietrza do żył odbiorcy. Transfuzję rozpoczynać dopiero wtedy, gdy cały zestaw wypełniony jest roztworem cytrynianu sodowego lub soli fizjologicznej.

35. Bezpośrednio po transfuzji nie należy podawać dożylnie żadnych płynów (glukozy, roztworu soli fizjologicznej itp.) w obawie przed wystąpieniem wstrząsów.

*

Przestrzeganie podanych wyżej przepisów uchroni chorych przed niepotrzebnymi przykrymi powikłaniami, a przetoczona krew — w wielu schorzeniach, gdzie wszystko zawodzi — zdoła jeszcze przywrócić choremu siły i zdrowie.

W. S.

Odma

OBOK leczenia klimatyczno-dietetycznego olbrzymią rolę w leczeniu gruźlicy płuc odgrywa sztuczna odma, czyli wprowadzenie powietrza do jamy opłucnej, pomiędzy ścianę klatki piersiowej a płuco.

Już od dawna zauważono, że dołączenie się odmy samoistnej do gruźlicy płuc, zmieniało w niektórych przypadkach jej przebieg na lepsze i dawało wybitną poprawę stanu chorego. Opierając się na tych spostrzeżeniach, lekarz włoski Forlanini założył w r. 1882 pierwszą odmę leczniczą. Obecnie leczenie odmą obok kuracji klimatyczno-dietetycznej jest uważane za najważniejszą i najskuteczniejszą metodę leczenia gruźlicy płuc.

DZIAŁANIE sztucznej odmy polega na uciśnięciu chorego płuca; daje to następujące rezultaty:

1) odpoczynek chorego płuca,
2) zahamowanie procesu czynnego i zapobieżenie dalszemu szerzeniu się gruźlicy,
3) zapadnięcie jam gruźliczych i bujanie tkanki łącznej, co sprzyja gojeniu się tych jam,
4) zwolnienie prądu krwi i limfy w uciśniętym płucu, co zmniejsza zatrucie ustroju; stan ogólny chorego wybitnie się poprawia, gorączka spada, kaszel ustępuje, chory odzyskuje apetyt, przestaje prątkować, przybiera na wadze.

ROLA PIELĘGNIARKI w leczeniu odmą jest duża. Przede wszystkim chodzi o to, by pielęgniarka sama rozumiała i oceniała wartość tego środka, a wtedy będzie mogła w razie potrzeby przekonać chorego lub jego rodzinę o konieczności zastosowania tej metody leczniczej, proponowanej przez lekarza, wzbudzić w chorym zaufanie w skuteczność i bezpieczeństwo leczenia odmą. Takie przygotowanie psychiczne chorego ma nieraz duże znaczenie.

Poza tym pielęgniarka przygotowuje i asystuje lekarzowi przy zabiegu.

Do wytwarzania i dopełniania odmy opłucnej używa się specjalnych przyrządów, zbudowanych na zasadzie naczyń połączonych, przy czym, albo oba naczynia mogą być ruchome lub jedno ruchome, a drugie nieruchome.

Najczęściej używany jest obecnie w Polsce aparat Jasińskiego dawnego typu lub zmodyfikowany przez dra Krysztofa.

Przyrząd ten składa się z dwóch szklanych naczyń o pojemności 200 lub 300 cm³ umieszczonych w drewnianym pudle i ruchomych względem siebie. Zbiorniki te są wypełnione roztworem sublimatu lub wodą, zabarwioną jakimś barwnikiem (eozyną, fuksyną lub błękitem metylowym) tak, aby przy ustawieniu na jednym poziomie oba naczynia były wypełnione do połowy. W środku między zbiornikami znajduje się manometr wodny w kształcie litery U, poziom wody ma dochodzić w nim ściśle do zera. Na górnych ujściach zbiorników są umieszczone rurki gumowe, których drugi koniec łączy się z kurkiem metalowym, zaopatrzonym w wentyl. U spodu, od kurka, odchodzi dren gumowy zakończony nasadką do połączenia z igłą. W przebiegu tego drenu umieszcza się zwykle rurkę szklaną wypełnioną watą do filtrowania powietrza wchodzącego do opłucnej. Przekręcając kurek w prawą lub lewą stronę, uzyskujemy połączenie igły z prawym lub lewym cylindrem. Jeżeli chodzi o igły do zakładania odmy, to mogą to być zwykłe igły Recorda, lepsze jednak i częściej używane są specjalne igły, zaopatrzone w mandryn i nasadę, którą można wygodnie uchwycić bez strzykawki, igły te nadają się do sterylizacji w suchym gorącym powietrzu, w braku suszarki, można je także gotować w wodzie.

Zabieg wykonuje się z zachowaniem zasad ścisłej aseptyki. Rurka gumowa od aparatu do odmy wraz z nasadką i igłą musi być wysterylizowana. Pacjent leży najczęściej na zdrowym boku z ręką, po stronie chorej, uniesioną do góry. Aparat umieszcza się na stoliku z boku łóżka lub wózka, na którym leży chory. Należy także przygotować na wszelki wypadek środki nasercowe i kodeinę na kaszel. Nakłucie robi się najczęściej w 4, 5 lub 6 międzyżebrzu w okolicy między przednią a tylną linią pachową. Pole do zabiegu dezynfekuje się zwykle spirytusem lub eterem, jodyny używa się rzadziej, aby uniknąć podrażnienia skóry podczas często powtarzanych dopełnień odmy. Znieczulanie skóry również najczęściej jest zbędne; u osobników wrażliwszych stosuje się znieczulenie chlorkiem etylu lub nowokainą w 0,5 — 1% roztworze. Po wkłuciu igły lekarz włącza do igły nasadkę z drenem i po sprawdzeniu ciśnienia na manometrze ostrożnie wpuszcza powietrze do opłucnej. Po ukończeniu zabiegu lekarz wyjmuje igłę, miejsce nakłucia jodynuje się lub bez jodynowania uciska się tylko jałowym wacikiem.

Chory, po założeniu odmy, powinien leżeć spokojnie przez kilka godzin. Szybkie wstawanie chorego zaraz po skończonym zabiegu sprzyja powstawaniu komplikacji, jak zatory powietrzne, zapalenie opłucnej itd.

Po zabiegu, należy sprzątnąć aparat, oczyścić i wysuszyć igłę.

Odmę notujemy na karcie gorączkowej chorego w ten sposób, że zapisujemy ciśnienie początkowe w opłucnej, ilość wpuszczonego powietrza i ciśnienie końcowe.

S. M. Ż.

Wrażliwość psychiki chorego*)

NASTRÓJ i psychiczne przeżycia chorych chirurgicznych mają wielki wpływ na przebieg operacji i pomyślne leczenie pooperacyjne.

Prof. *M. A. Jegorow* w swojej pracy na ten temat omawia szereg przypadków, kiedy, na skutek głębokich psychicznych przeżyć u chorych, odkładało się wykonanie zabiegu operacyjnego.

Pielęgniarki, opiekujące się chorymi na oddziałach chirurgicznych, swoim uważnym i właściwym postępowaniem wpływają korzystnie na nastrój chorych, a tym samym pomagają lekarzom zapobiec możliwości powikłań w toku leczenia.

We wspomnianej wyżej pracy, prof. *M. A. Jegorow* pisze: „Zdarzyło mi się na klinice obserwować chorą, która leżała z objawami kolki nerkowej; powodem choroby było nieznaczne przekrzywienie moczowodu; postanowiono dokonać operacji. Chorej z sąsiedniego łóżka sprawiało widoczną przyjemność straszenie współtowarzyszek. Powiedziała coś mniej więcej w tym sensie: „o 11-ej zrobią ci operację, o 3-ej umrzesz, wyniosą cię potem do prosektorium, gdzie robią sekcje"; pokazała jej nawet nosze, na których rzekomo transportują nieboszczyków. Chora pragnąc za wszelką cenę uniknąć operacji, wstydząc się powiedzieć o tym ordynatorowi, postanowiła po prostu, że gdy ją będą wieźli na salę operacyjną, wyskoczy przez okno i zbiegnie do domu. Plan ten nie doszedł do skutku, gdyż w czasie obchodu przyznała się jednak szczerze lekarzowi, że bardzo lęka się operacji i chciałaby jej za wszelką cenę uniknąć. Poradzono jej odłożyć zabieg do odpowiedniejszej chwili.

W przypadku tym trzeba podkreślić szkodliwy wpływ „dowcipnej" sąsiadki na chorą, wpływ, którego pielęgniarka nie potrafiła zauważyć i któremu nie umiała zapobiec, chociaż obie chore pozostawały pod jej opieką.

Nie ulega wątpliwości, że każdy człowiek, idąc na operację, przeżywa w jakimś stopniu uczucie lęku o swoje życie lub zdrowie. Potwierdzają to codzienne obserwacje. Lęk ten przeżywają ludzie nawet bardzo odważni.

Prof. *M. A. Jegorow* pisze: „Miałem bliskiego znajomego, chirurga, dawnego partyzanta, który nieraz bywał w niebezpieczeństwie w starciach z nieprzyjacielem, kiedy jednak wprowadzono go na salę operacyjną, by dokonać operacji żołądka, z przejęcia nie umiał nawet zdjąć koszuli".

W dalszym ciągu prof. Jegorow pisze: „Obserwując szczególnie uważnie chorych w ciągu ostatnich 2 lat, nie widziałem nikogo, ktoby się nie bał operacji. Chorzy mogą zgodzić się dobrowolnie na operację, zdając sobie sprawę, że operacja jest rzeczywiście niezbędna; mogą się oni zmusić do spokojnego wejścia na salę operacyjną, lecz pozbyć się uczucia lęku o swój los — wydaje mi się — nie są w stanie".

Nasuwa się pytanie: czy można całkowicie wyeliminować ciężkie psychiczne przeżycia chorych przed operacją, lub choćby przynajmniej zmniejszyć je częściowo?

Prof. Jegorow, analizując przeżycia chorych mówi: „Psychiatrzy przypisują zjawiska neuropatyczne, spostrzegane u chorych, głównie różnym niedociągnięciom organizacyjnym na oddziałach chirurgicznych; specjalnie wyczulona psychika chorych powoduje, że z szczególną wrażliwością reagują na te niedociągnięcia; chorzy ci rozumują, że w leczeniu ich mogą zdarzyć się również nie dające się naprawić omyłki i, że w czasie operacji mogą zajść niespodzianki i niedopatrzenia".

„Niedociągnięcia w pielęgnacji — mówi dalej prof. Jegorow — stają się bezspornie czynnikiem ujemnym: chorzy z przykrością widzą, że nie wszystkie zlecenia lekarskie są wypełniane: wlew nie zrobiony... nie było kąpieli... dieta nie zmieniona; chorzy zauważają, że nie zawsze regularnie podaje się lekarstwa, że nie we właściwym czasie robi się opatrunki itd. Stąd szereg wniosków.

Z chwilą wejścia na salę operacyjną napięcie nerwowe chorego osiąga punkt szczytowy; dlatego też każda niedokładność, każde niedopatrzenie, każda opieszałość — nasuwają myśl, że wszystko zależy od przypadku. A na sali operacyjnej zauważyć można różne niedociągnięcia: nie zawsze wszystko jest przygotowane do podawania narkozy, chory musi siedzieć i czekać, a wtedy widzi zakrwawioną bieliznę z poprzedniej operacji, czasem jęczącego chorego, leżącego jeszcze na stole operacyjnym; specjalnie przykre wrażenie robią na chorym rozmowy personelu, słysząc je, chory ma prawo wnioskować, że jego sprawa nie jest głównym zainteresowaniem chirurgów".

Szczególną uwagę należy zwrócić na ujemny wpływ, jaki na chorych wywierają braki w opiece. Opieka nad nimi jest obowiązkiem średniego i młodszego personelu medycznego. Chory niewątpliwie zauważa nawet najmniejszą nieuwagę w pielęgnowaniu i to powiększa jego lęk przed operacją. Błędy i niedociągnięcia w pielęgnacji chorych chirurgicznych zarysowują się ostrzej, niż na oddziałach wewnętrznych. Jest to zupełnie zrozumiałe, gdyż chorzy przed operacją znajdują się w stanie stałego napięcia nerwowego.

Pierwsze dni po operacji mogą decydować o wyzdrowieniu. Podobnie więc jak przed, tak i po operacji trzeba uwzględnić wszelkie możliwości, aby przekonać chorego, że wszystko jest zrobione dla zapewnienia mu powrotu do zdrowia. Serdeczne, współczujące słowo obudzi w nim zaufanie do personelu i wiarę, że lekarz i pielęgniarka pragną jego wyzdrowienia. Psychika chorego chirurgicznego jest bardziej skomplikowana i uczulona niż człowieka zdrowego, można ją porównać do psychiki dziecka. Wiemy z własnego doświadczenia, że sama obecność pielęgniarki w pokoju chorego działa już uspokajająco.

Pouczanie o sprawach sanitarnych pacjentów w szpitalach i poliklinikach ma również wielkie znaczenie: rozmowy lekarzy i pielęgniarek z chorymi o ich dolegliwościach, rzeczowe objaśnianie działania np. środków znieczulających, przygotowania do operacji i pooperacyjnego przebiegu — sprzyjają niewątpliwie poprawie psychicznego nastawienia chorych.

Streścił J. S.

*) *Stan psychiki chorych na oddziałach chirurgicznych a obowiązki pielęgniarki. A. O. Pietuchowa. Medicinskaja Siestra Nr 7.*

KRONIKA

ZWIĄZKU ZAW. PRACOW. SŁUŻBY ZDROWIA R. P.

Prezydium Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia R. P. otrzymało w dniu 26. 11. b. r. pismo następującej treści:

Gabinet Ministra Obrony Narodowej.

Minister Obrony Narodowej polecił mi niniejszym podziękować za nadesłany egzemplarz okazowy wydawnictwa „Pielęgniarka Polska".

Równocześnie Minister wyraża słowa uznania za wznowienie wspomnianego wydawnictwa i przesyła życzenia całemu składowi redakcyjnemu pomyślnego rozwoju w służbie podnoszenia poziomu fachowego i społeczno-politycznego szerokich mas pielęgniarek zatrudnionych w zakładach lecznictwa cywilnego i wojskowego.

(—) BARTOŃ MARIAN
płk.

*

W trosce o obniżkę czynszu dla pracowników Sł. Zdrowia, Prezydium naszego Związku Zawodowego, po naradach z przedstawicielami zainteresowanych Ministerstw i K.C.Z.Z., złożyło specjalne memoriały na ręce Ministra Odbudowy.

Starania te, spowodowane dekretem o podwyższeniu czynszu, zmierzają do uzyskania obniżenia opłat za lokale użytkowane przez członków naszego Związku.

*

Zarząd Główny Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia podaje do wiadomości pielęgniarkom dyplomowanym, zatrudnionym we wszystkich klinikach uniwersyteckich, że na podstawie uchwały Rady Ministrów z dnia 7. 4. 48 r. (Dz. U. R. P. Nr 21 poz. 149), zaszeregowane zostały one do grupy p r a c o w n i c n a u k o w y c h.

W związku z tym przysługuje pielęgniarkom dyplomowanym uposażenie i dodatki należne grupie 7. Po przepracowanych 20 latach pielęgniarki dyplomowane otrzymują uposażenie grupy 6.

Pielęgniarkom niedyplomowanym, wg Dekretu z dnia 7. 4. 48 r. (Dz. U. R. P. Nr 20/48) o uposażeniu państwowych pracowników nauki, należy się uposażenie grupy 8.

*

W dn. 29 listopada br. Szkoła Pielęgniarstwa Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdrowia RP. obchodziła podwójną uroczystość: rocznicę swego istnienia oraz zakończenie pierwszego etapu nauk teoretycznych kursu drugiego.

W uroczystości udział wzięli: przedstawiciele Zarządu Gł. ZZPSZ — przewodniczący dr J. Rutkiewicz i członek prezydium, ob. Sławiński oraz pielęgniarki i lekarze Szpitala im. Karola i Marii (gdzie obecnie mieści się szkoła) z prof. Wł. Szenajchem i przełożoną pielęgniarek, ob. Jurkowską na czele, dyrekcja szkoły, instruktorki oraz uczennice.

Uroczystość rozpoczęto odśpiewaniem Hymnu Pielęgniarskiego. W przemówieniu do uczennic ob. dr J. Rutkiewicz podkreślił znaczenie szkoły jako placówki społecznej dostępnej dla wszystkich członkiń Związku ZZPSZ, którym braki w wykształceniu zamykają dostęp do innych szkół pielęgniarstwa, gdzie wymaganym cenzusem jest mała matura. Dr. Rutkiewicz wezwał następnie uczennice do wytrwania w dotychczasowej intensywnej pracy.

Prof. Szenajch mówił o konieczności połączenia w zawodzie pielęgniarskim wiedzy zawodowej z zaletami charakteru.

Słuchaczki ze swej strony złożyły zapewnienie, że pracą swą będą się starały spełnić pokładane w nich nadzieje.

Po części oficjalnej nastąpiła część rozrywkowa uroczystości, na którą złożyły się tańce, deklamacje, śpiewy itp. Uroczystość zakończono odśpiewaniem Hymnu Młodzieży Demokratycznej. **J. Sz.**

*

Sanitariusze i pielęgniarze zatrudnieni: w hutach, kopalniach i fabrykach winni być zaliczeni do pracowników umysłowych, jeśli spełniają czynności przepisane ustawowo dla wykwalifikowanego pomocniczego personelu lekarskiego, np. prace pielęgniarskie, felczerskie itp. W razie trudności odróżnienia pracownika umysłowego od fizycznego rozstrzyga w tej mierze okoliczność, która praca przeważa.

Pracownikami umysłowymi w zrozumieniu par. 2 p. 5 rozporządzenia Prezydenta R.P. z dnia 16 marca 1928 r. o umowie o pracy pracowników umysłowych (Dz. U.R. P. Nr 35 z r. 1928), obowiązującego obecnie na całym terenie Państwa, jest m. in. „zakwalifikowany pomocniczy personel lekarski". Odpowiedź na pytanie, kogo należy uważać za personel pomocniczo-lekarski, daje tabela płac dla wyższego i średniego personelu fachowego lecznictwa Służby Zdrowia.

Zgodnie z wymienioną tabelą personel pomocniczo-lekarski obejmuje średni personel sanitarny (wymieniony w tabeli szczegółowo), który posiada pełne uprawnienia zawodowe oraz personel przyuczony fachowo, tj. personel bez pełnych kwalifikacji, jednak praktycznie przeszkolony.

*

W dniu 8 listopada odbyło się miesięczne zebranie Sekcji Pielęgniarskiej Oddziału Warszawskiego, na którym referat o roli współczesnej pielęgniarki wygłosiła kol. Żołędziowska.

Przy Sekcji powstała biblioteka, zaopatrzona w książki w języku polskim, francuskim i angielskim. Powołano Komisję Biblioteczną, która będzie zajmowała się doborem książek i techniczną stroną wypożyczania.

Następne grudniowe zebranie będzie połączone z „Choinką" i zebraniem towarzyskim.

*

Koleżanki, Przewodniczące Sekcyj Pielęgniarskich! Redakcja prosi o nadsyłanie krótkich notatek z życia poszczególnych Sekcji.

SZKOLNICTWO PIELĘGNIARSKIE W POLSCE

W roku 1945 utworzono w Ministerstwie Zdrowia w Departamencie Organizacji Służby Zdrowia, przy Wydziale Szkoleniowym — referat pielęgniarstwa. Pierwszym pracownikiem referatu pielęgniarskiego była koleżanka Wanda Lankajtes — znana wielu koleżankom z jej uprzedniej pracy w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.

Referat pielęgniarstwa stopniowo rozrastał się — obecnie pracują w nim cztery koleżanki.

Poza tym, na terenie Ministerstwa Zdrowia pracuje cały szereg koleżanek w poszczególnych Wydziałach. Tak więc w Wydziale Ośrodków Zdrowia 3 koleżanki — w Wydziale Matki i Dziecka — 1, w Wydziale Okulistyki Społecznej — 2, w Departamencie Lecznictwa — 1.

Kolejno, zostały obsadzone stanowiska instruktorek pielęgniarstwa we wszystkich Wojewódzkich Urzędach Zdrowia i dwóch miastach wydzielonych.

*

W trosce o zwiększenie kadr pielęgniarskich, Ministerstwo Zdrowia włożyło wielki wysiłek w otwieranie szkół pielęgniarstwa. Obecnie mamy funkcjonujących 19 szkół pielęgniarstwa i 3 szkoły pielęgniarstwa w organizacji. Z dawnych szkół przetrwała cały okres okupacji bez zamykania tylko Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego. Wszystkie inne przedwojenne szkoły w liczbie 6 były w okresie 1939—1944 zamknięte przez krótszy lub dłuższy okres.

Zostały reaktywowane lub otwarte następujące szkoły:

Rok 1945

Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarstwa w Krakowie, Kopernika 25, która w 1946 r. została przekształcona na 3-letnią Szkołę Pielęgniarsko-Położniczą.

Szkoła Pielęgniarstwa w Gdańsku przy Akademii Lekarskiej, która również w 1946 r. została przekształcona na 3-letnią Szkołę Pielęgniarsko-Położniczą.

Szkoła Pielęgniarstwa Sióstr Miłosierdzia w Krakowie, ul. Warszawska 11.

Rok 1946

Szkoła Pielęgniarsko-Położnicza w Bydgoszczy, ul. Mazowiecka 28.

Szkoła Pielęgniarstwa w Tarnowie, ul. Sienna 5.

Szkoła Pielęgniarstwa w Przemyślu — Zasanie, Szpital Powszechny.

Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu, ul. Szkolna 14/16.

Śląska Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Zabrzu, ul. Dubiela 10.

Rok 1947

Szkoła Pielęgniarstwa PCK we Wrocławiu, ul. Bartla 5

Szkoła Pielęgniarsko-Położnicza ZUS w Siemianowicach, ul. Bytomska 15.

Szkoła Pielęgniarstwa Tow. Pielęgnowania Chorych w Warszawie, ul. Wilcza 5.

Szkoła Pielęgniarsko-Położnicza ZUS we Wrocławiu, Plac Prostokątny 8.

Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Łodzi, ul. Szterlinga 1/3.

Łódzka Szkoła Pielęgniarstwa w Łodzi, ul. Piotrkowska 45.

Szkoła Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Warszawie, ul. Działdowska 1.

Rok 1948

Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska.

Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Szczecinie, ul. Norwida 1.

Szkoła Pielęgniarstwa w Chełmie Lubelskim. Szpital Powiatowy.

W organizacji są szkoły w Kielcach, Olsztynie i Białymstoku.

Wiele koleżanek, które rozpoczęły naukę przed wojną lub w czasie okupacji, dokończyły szkolenie w latach 1945 — 1946 w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie, lub w Szkole Pielęgniarsko-Położniczej przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Jadwiga Iżycka
(Pielęgniarka — Wydz. Szkoleniowy Min. Zdrowia).

*

W Szkole Pielęgniarstwa PCK w Zabrzu odbył się w dniach: 10, 11, 12 listopada br. egzamin dyplomowy kursu I. Do egzaminu przystąpiło i egzamin zdało 27 słuchaczek.

W dniu 13 listopada następujące absolwentki otrzymały dyplomy:

Bień Maria, Cembrzycka Wanda, Copikówna Krystyna, Czumianka Halina, Czerwińska Krystyna, Dorzak Gizela, Goraczkiewicz Barbara, Harswinkel Zofia, Jeziorska Ewa, Jaworska Zofia, Kicińska Alicja, Krzystyniak Helena, Kośmida Wiesława, Kura Stefania, Łaciakówna Róża, Łupakówna Anna, Nawrot Anna, Neukirch Bronisława, Nowak Stanisława, Paluch Jadwiga, Późniak Helena, Roszkowska Stanisława, Rudyk Czesława, Szczerbetko Irena, Tomasik Maria, Woźniczanka Helena, Załuska Romualda.

Na egzamin przybyli do Zabrza: przedstawicielka Ministerstwa Zdrowia kol. R. Hutner oraz przedstawicielka Z. Gł. PCK kol. A. Biernacka. Na uroczystość wręczenia dyplomów przybyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Gł. Zarządu PCK oraz przedstawiciele władz miejscowych i społeczeństwa.

NADSYŁAJCIE DO „KRONIKI"
wiadomości z terenu waszej pracy

KRONIKA

Wizyta czeskich pielęgniarek

W dniach 28, 29 i 30 października br. bawiła w Polsce wycieczka czeskiej Szkoły Pielęgniarstwa z Ostrawy III.

W wycieczce wzięło udział 29 pielęgniarek z dyrektorem szkoły — lekarzem, oraz trzema lekarzami — wykładowcami. Wycieczka zwiedziła Muzeum



Oświęcimia, Instytut Przeciwrakowy i Ośrodek RTPD w Gliwicach, następnie udała się do Zabrza, serdecznie witana i przyjmowana w Szkole Pielęgniarstwa PCK.

Jak widzimy na zdjęciu, słuchaczki szkoły utworzyły żywe napisy: „NAZDAR" i WITAJCIE". Portret Florencji Nightingale to prezent Szkoły Pielęgniarstwa w Zabrzu dla Szkoły Pielęgniarstwa w Ostrawie III.

Wycieczka zwiedziła poza Szkołą, szpitale w Zabrzu a następnie udała się na Wystawę Ziem Odzyskanych. Odjeżdżając do Wrocławia, uczestnicy wycieczki wyrazili swe uznanie dla osiągnięć polskiej służby zdrowia i radość z powodu nawiązania kontaktu z polskim światem pielęgniarskim.

W dniu 13 listopada 1948 r. w obecności przedstawicieli władz Miejskich odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 56 absolwentkom Miejskiej Szkoły Pielęgniarstwa przy Szp. Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Dyplomy otrzymały:

S. Bazylczyk Janina, S. Betlejewska Maria, Borkówna Jadwiga, Bykowska Irena, S. Chorzewska Cecylia, Dębska Jadwiga, Ertner Wanda, Frydrychewicz Wanda, Gąsieniec Wanda, Gerlach Krystyna, Godlewska Irena, Gołaszewska Antonina, Gorzko Krystyna, S. Goss Maria, Jagodzińska Anna, Jakubowska Jadwiga, Janowicz Wanda, Jaszczuk Zofia, Jaworska Alina, Jermak Leokadia, Kaluga Wiktoria, Klimczak Melania, Kowalczyk Janina, Kubrowska Teresa, Kuligowska Wanda, Maik Bogumiła, Makowska Władysława, S. Mamżyńska Maria, Markiewicz Halina, Michta Zofia, Modzelewska Marianna, Mystkowska Zofia, S. Nawrotkiewicz Stefania, Nieliwódzka Irena, Nowicka Wanda, Olejniczak Konstancja, S. Ościlowska Stanisława, Paszkiewicz Helena, Piątkowska Zofia, Pisarska Zofia, Pływacz Regina, S. Pulanka Janina, Sawicz Irena, Skiba Janina, Skrzypińska Maria, Skumiał Hanna, Sobczak Stefania, S. Szydłowska Maria, Tomaszewicz Wiktoria, Wojciechowska Zofia, S. Wojdacka Jadwiga, Wójcik Maria, Wróblewska Rozalia, Wyzińska Czesława, Zdrojewska Regina, Zwykielska Ewa.

Kurs pielęgniarski w Białymstoku

W celu unormowania sytuacji prawnej pracownic służby zdrowia, które mimo wieloletniej pracy nie posiadają uprawnień zawodowych, odbył się w Białymstoku kurs dla 40 osób, ubiegających się o złożenie państwowego egzaminu pielęgniarskiego na podstawie ustawy z r. 1935.

Do zorganizowania kursu przyczyniło się przychylne ustosunkowanie się naczelnika Wydz. Zdrowia Urz. Wojew. ob. Dr W. Stasiewicza oraz starania Instruktorki wojewódzkiej ob. H. Wojciulówny.

Lokalu na wykłady i sali do ćwiczeń ze sprzętem użyczył Dyrektor Państw. Szk. Położnych ob. Dr Niewiński.

Wykłady teoretyczne prowadzili lekarze białostoccy z Dr. W. Stasiewiczem na czele oraz ob. prof. Modzelewska, wykładająca naukę o Polsce Współczesnej. Dzięki Dr Tołłoczko słuchaczki zapoznały się z urządzeniami sterylizacyjnymi, stosowaniem narkozy i instrumentowaniem w czasie operacyj. O pielęgniarstwie społecznym bardzo zajmująco wykładała Inspektorka Min. Zdrowia ob. N. Łyżwańska. Wykłady i ćwiczenia z zasad pielęgniarstwa przeprowadziła ob. Wojciulówna, w pracy swej wykazując wiele zapału.

Absolwentki, po wykładach teoretycznych, odbywały praktykę w szpitalach: chirurgicznym, ginekologiczno - położniczym i wewnętrznym. Nadto zwiedziły Stację Konserwowania i Przetaczania Krwi oraz laboratorium analityczne. Odbyły też zajęcia praktyczne na Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem.

Za kilka tygodni, po uprzednim powtórzeniu i opanowaniu materiału pamięciowego, słuchaczki przystąpią do egzaminu państwowego.

J. G.

Wolne posady

Dyrekcja Szpitala Powiatowego w Legnicy, woj. Wrocławskie, zawiadamia o wolnych posadach dla pielęgniarek na 3 oddziały szpitalne i 3 pielęgniarek operacyjnych (instrumentowanie). Podania należy składać do Dyrekcji Szpitala w Legnicy, ul. Reymonta 20/21, dołączając życiorys i odpisy świadectw. Uposażenie wg norm Min. Zdrowia, podanych w piśmie okólnym za Nr 32/48.

Posad poszukują

Pomoc pielęgniarska, z 16-letnią praktyką, poszukuje pracy w Warszawie. Dobra znajomość masażu. Ewentualne zgłoszenia kierować — Warszawa, ul. Oboźna 11 — m. 16.

KOLEŻANKI

piszcie do „WOLNEJ TRYBUNY"

Mówcie o Waszych bolączkach, projektach, życzeniach — zabierajcie głos w interesujących Was zagadnieniach!

Z zagranicy

DOKSZTAŁCANIE PIELĘGNIAREK

Dokształcanie średniego personelu lekarskiego jest stałą troską Ministerstwa Zdrowia ZSRR. Jedną z metod dokształcania jest zwoływanie okresowych konferencji pielęgniarskich. Konferencje odbywają się w większych miastach i obejmują personel miejskich zakładów leczniczych lub też całego Okręgu. Biorą w nich udział również lekarze. Pielęgniarki wygłaszają referaty po czym następuje dyskusja.

Pierwsza Miejska Konferencja odbyła się w Moskwie, w kwietniu 1948 r. Była ona poświęcona przede wszystkim pracy pielęgniarek chirurgicznych, w poliklinikach i na punktach chirurgicznych. Poruszano takie tematy jak: aseptyka i antyseptyka, narkoza chlorkiem etylu, psychologia chorych chirurgicznych, rola pielęgniarki na punktach chirurgii urazowej itd.

*

W Kołomnie, w pobliżu Moskwy, odbyła się konferencja organizacyjna, która zgromadziła 162 pracowników średniego personelu lekarskiego z 18 zakładów leczniczych.

Spośród referatów wygłoszonych przez pielęgniarki na uwagę zasługuje: „O roli i zadaniach pielęgniarki w Szpitalu". Autorka precyzuje cechy, jakimi powinna się odznaczać dobra pielęgniarka.

*

W maju br. konferencja w Moskwie zgromadziła 250 pracowników z całego Okręgu. Między innymi poruszono następujące tematy: polityczno - ideowe wychowanie uczniów średnich szkół lekarskich, rola antybiotyków w chirurgicznym leczeniu, przetaczanie krwi (technika i wskazania), pielęgnowanie chorych po resekcji żołądka.

Większość referatów przygotowują i wygłaszają pielęgniarki.

Dotychczasowe doświadczenie wykazało, że konferencje te cieszą się wielkim zainteresowaniem pielęgniarek, które twierdzą, że wymiana doświadczeń uzupełnia i pogłębia ich wiadomości oraz zaznajamia z postępem wiedzy lekarskiej. Również dodatnią opinię o tych konferencjach wyraziła Naukowa Rada Lekarska, z której inicjatywy została zorganizowana konferencja w Kołomnie. Niektóre z referatów ogłaszane są w piśmie „Medicinskaja Siestra".

*

W czasie Wielkiej Wojny w obronie Ojczyzny, na miejsce zmobilizowanych na front i do szpitali felczerów, akuszerek i pielęgniarek, przyjęto do zakładów leczniczo - zapobiegawczych w Leningradzie wielką liczbę personelu średnio - lekarskiego po ukończeniu krótkotrwałych, przygotowawczych kursów sanitarnych.

Po wojnie, na równi z pielęgniarkami, mającymi ukończone wykształcenie średnio-lekarskie, pracowała znaczna ilość (do 33%) pielęgniarek bez ukończonego wyszkolenia zawodowego.

Z tego powodu Leningradzki Oddział Służby Zdrowia postanowił przeszkolić na wieczorowych kursach dokształcających pielęgniarki nie mające pełnych kwalifikacji zawodowych, w przeciągu lat 1947-1949.

Do dnia 1. 5. 1947 zorganizowano 29 grup kursów dokształcania pielęgniarek, na które uczęszczało 720 osób. Kursy te urządzono przy 6 leningradzkich szkołach pielęgniarstwa, w godzinach wieczornych.

Dyrekcje Szkół zapewniły kursom audytoria, wykładowców spośród pedagogów swoich szkół, podręczniki i wszelkie pomoce naukowe. Oprócz tego, pielęgniarkom, uczęszczającym na kurs, okazano pomoc w ten również sposób, że godziny ich pracy w zakładach zdrowia uzgodniono z rozkładem zajęć na kursach, a na okres przygotowania do egzaminów otrzymały miesięczny, płatny urlop.

*

Jednocześnie z kursami dokształcającymi dla pielęgniarek, leningradzki miejski oddział służby zdrowia rozwinął działalność kursów specjalizacji i doskonalenia personelu średnio-lekarskiego: rentgenotechników, pomocników inspektorów sanitarnych, pomocników epidemiologicznych, felczerów ośrodków zdrowia, akuszerek zakładów położniczych, pielęgniarek społecznych, pielęgniarek - kierowniczek żłobków, pielęgniarek - wychowawczyń, pielęgniarek chirurgicznych z poliklinik, ambulatoriów itp.

Ogólna liczba uczęszczających na te kursy wyniosła ponad 1 000 osób.

*

ZE SPORTU

Ministerstwo Zdrowia ZSRR specjalnym dekretem ustanowiło przechodnie nagrody za najlepsze wyniki sportowe w Średnich Szkołach Lekarskich (pielęgniarskich i felczerskich).

Nagrodę „Czerwony Sztandar" przyznaje się Średniej Szkole Medycznej za najlepsze wyniki pracy zespołowej w dziedzinie sportu, za rozwój sportowego współzawodnictwa wśród uczniów i personelu Szkoły.

Nagrodę tę otrzymuje się za:

a) pracę nad podniesieniem poziomu ideowo - politycznego uczniów - sportowców,

b) stan i wyposażenie własnych ośrodków sportowych i boisk w potrzebny do ćwiczeń sprzęt sportowy,

c) zorganizowanie należytej kontroli lekarskiej dla uprawiających sporty,

d) czynny udział uczniów w sportowym stowarzyszeniu „Medyk",

e) udział w pochodach, biegach na przełaj, i innych masowych zawodach,

f) działalność sekcji sportowych,

g) organizowanie własnych igrzysk sportowych i udział Szkoły w zawodach, organizowanych przez Stow. „Medyk".

Sprawozdania z całorocznej działalności są podstawą do przyznawania nagród.

Jednocześnie z nagrodą przechodnią „Czerwonego Sztandaru", Ministerstwo Zdrowia przyznaje premię w wysokości 3000 rb.

Za poszczególne wyniki sportowe Min. Zdrowia przyznaje corocznie 4 przechodnie puchary: za osiągnięcia w gimnastyce, grach sportowych, łyżwiarstwie, pływaniu i innych działach sportu.

Każdy członek zespołu nagrodzonego pucharem otrzymuje osobiście nagrodę wartości 200 rb.

Brylantowy jubileusz

W maju 1873 r. powstała w Ameryce przy szpitalu „Bellevue" w Nowym Jorku pierwsza Szkoła Pielęgniarstwa, jako „nowe i pożyteczne zajęcie dla samodzielnych kobiet". W starych zapiskach szpitala znajdujemy ciekawą wzmiankę, że pierwsze czepki były wprowadzone w r. 1878.

W maju rb. Ameryka obchodziła 75 lecie pielęgniarstwa. Spośród uroczystości, związanych z obchodem tego jubileuszu należy zanotować przegląd mundurów pielęgniarskich, używanych na przestrzeni 75 lat oraz otwarcie ciekawej wystawy historycznej w Muzeum Miejskim w Nowym Jorku, która ilustruje rozwój zawodu pielęgniarskiego.



Rok 1873 **Rok 1948**

Tak więc rok 1873 uważany jest w Ameryce jako rok narodzin zawodu pielęgniarskiego.

Obecnie przyjmuje się rocznie 300 uczennic, a liczba wydanych dyplomów przez szkołę Pielęgniarstwa przy szpitalu „Bellevue" wynosi 4 500.

J. S.

Wczoraj a dziś

Korea pod okupacją japońską stała pod względem sanitarnym na bardzo niskim poziomie. Brak środków żywności, odzieży, opału i mieszkań przyczynił się w wysokim stopniu do złych warunków higienicznych. Szpitale i sanatoria, które nie otrzymywały żadnych subsydiów rządowych musiały być samowystarczalne. Uczennice nielicznych szkół pielęgniarskich otrzymywały stypendia od japońskiego Cz. Krzyża, w zamian za co zobowiązywały się do pracy dla tej instytucji w ciągu lat 12. W szkołach pielęgniarskich uczennice otrzymywały nieznaczne wynagrodzenie za swą pracę szpitalną, po ukończeniu. zaś szkoły były obowiązane nadal pracować przez pewien okres czasu, pobierając niższe uposażenie.

Ze względów oszczędnościowych i z braku materiałów opatrunkowych do obowiązków pielęgniarek należało pranie bandaży, gazy, oraz sprzątanie sal szpitalnych, szorowanie podłóg itd. Zatrudnianie służby szpitalnej w celu utrzymania porządku, było uważane za zbyt kosztowne.

Zwyczaje szpitalne, biorące swe źródło w tradycjach narodu koreańskiego stanowiły wielką przeszkodę przy wprowadzaniu ulepszeń i nowoczesnych metod szpitalnictwa. Pielęgniarka była tam zasadniczo pomocnicą — służącą lekarza. Koreański lekarz był otoczony zazwyczaj 4 lub więcej pielęgniarkami, a liczba ich stanowiła o jego prestiżu. Takie pielęgniarki obsługując lekarza, troskę o chorego stawiają, rzecz jasna, na drugim miejscu. Główne zadanie pielęgniarki — otoczenie chorego opieką — było w Korei rewolucyjną ideą. Zgodnie z miejscowymi tradycjami, podawanie chorym leków, stosowanie zabiegów i przygotowywanie odpowiedniej diety, należało do rodziny chorego. W razie choroby jednego członka rodziny, — pozostali tj. mąż lub żona, dzieci i dziadkowie obowiązani byli stale przebywać przy łóżku chorego. W rezultacie, w większości szpitali koreańskich panował zwyczaj, iż z chorym przenosiła się do szpitala cała jego rodzina, zabierając ze sobą pościel, meble, naczynia stołowe i kuchenne. W pokoju chorego przygotowywało się posiłki nietylko dla niego, lecz dla całej rodziny i rzeszy odwiedzających. W wypadkach, gdy szpital żywił pacjenta, opłaty były bardzo wysokie, około 600 jen (do 5 000 zł), a bez utrzymania 100 jen. Niezamożni nie mogą oczywiście pozwolić sobie na taki wydatek.

Szpitale koreańskie nie posiadają na ogół oddziałów, toteż chorzy: kobiety, mężczyźni i dzieci leżą na wspólnych salach bez względu na rodzaj choroby.

Biorąc pod uwagę zwyczaje Dalekiego Wschodu i niski poziom wykształcenia kobiet, należy przyznać, że wymagane warunki dla kandydatek do szkół pielęgniarstwa były wysokie, musiały one wykazać się ukończeniem 10 letniej szkoły. W czasie wojny warunku tego nie przestrzegano. A po zakończeniu działań wojennych, wobec wielkiego braku sił pielęgniarskich przyjmowano do szkół pielęgniarstwa dziewczęta,

D. c. na str. 34

D. c. ze str. 33

które wykazywały choćby słabe zainteresowanie w tym kierunku.

Wprowadzanie nowych metod szkolenia pielęgniarek napotykało na wielkie trudności. Jakże mówić o słaniu łóżek, gdy prześcieradła były luksusem, prawie niespotykanym, a mycie chorych często spotykało się z opozycją lekarzy, gdyż było sprzeczne z wiekową tradycją.

Tak było dawniej.

Dziś na obszarze wolnej Korei, gdzie rząd ludowy realizuje program podniesienia poziomu bytu i poziomu kulturalnego kraju, zagadnienie reorganizacji służby zdrowia i jej gruntownego unowocześnienia — jest, rzecz jasna, sprawą pierwszorzędnej wagi.

I już zauważyć można, jak zanikają stopniowo zastarzałe — tradycyjne — objawy zacofania i ignorancji, umyślnie podtrzymywane przez japońskiego okupanta.

Konieczność reform w dziedzinie ochrony zdrowia pojęła także postępowa, uświadomiona część społeczeństwa Korei, pozostającej niestety wciąż jeszcze pod okupacją amerykańską. Należy się spodziewać jednak, iż w przyszłości, wraz z wolnością, lud Korei południowej, uzyskując prawo do samostanowienia, przeprowadzi także gruntowne reformy w tej tak ważnej dziedzinie życia społecznego, wzorując się na zdobyczach Ludowej Korei północnej.

SZWAJCARIA

Pielęgniarki położne

Pielęgniarki dyplomowane są przyjmowane na roczny kurs położnictwa w Uniwersyteckiej Klinice dla Kobiet w Zurichu.

Program obejmuje 100 godzin wykładów i praktykę: 2 mies. na oddziałach kobiecych, 2 mies. na niemowlęcych, 2 mies. na oddziale dla kobiet w ciąży i 6 mies. na sali porodowej. Egzamin końcowy składa się z 2 części: teoretycznej i praktycznej. Dyplom upoważnia do praktyki położniczej w całej Szwajcarii.

DANIA

Zjazd w Kopenhadze

W ostatnich dniach września br. odbyło się w Kopenhadze zebranie pielęgniarek północnych krajów Europy. Wzięły w nim udział przedstawicielki Danii, Norwegii, Szwecji, Finlandii i Islandii. Jednym z ważniejszych tematów dyskusji było zagadnienie racjonalizacji pracy w szpitalach.



ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE

T. Kulczyńska i H. Chrzanowska, str. 163, cena 200 zł. Wydawnictwo: Lekarsko-Naukowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1947.

Pielęgnowanie chorych jest zarówno nauką jak i sztuką, metody postępowania oraz wykonywania zabiegów pielęgniarskich zostały wypracowane w ciągu długich lat przy łóżku chorego. Dzisiaj można te wiadomości zdobyć w Szkołach Pielęgniarstwa, a w mniejszym, skróconym zakresie, na kursach przygotowujących do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa. Książka, którą omawiamy, podaje w krótkości główne zasady pielęgnowania chorego, utrzymania go w czystości, podawania posiłków, wykonywania zabiegów aseptycznych i nie wymaga. . ych aseptyki, oraz pielę . owania w działach specj ych, jak ginekologiczny, niemowlęcy i zakaźny. Wiadomości te uzupełnia dodatek, zawierający opis wykonywania najważniejszych badań laboratoryjnych i przygotowywania mieszanek dla niemowląt.

Jest to trzecie wydanie „Zabiegów Pielęgniarskich" w Polsce, obecnie uzupełnione i dostosowane do ostatnich wymagań metod leczenia.

Książka ta, jak zaznaczają autorki w przedmowie, nie jest podręcznikiem pielęgniarstwa, lecz zawiera opis najważniejszych czynności pielęgniarskich i może służyć nie tylko uczennicom, przygotowującym się do zawodu pielęgniarskiego, lecz i pielęgniarkom z długoletnią praktyką, które znajdą przypomnienie podstawowych wiadomości pielęgniarskich. Książka ta powinna znaleźć się nie tylko w ręku każdej praktykującej pielęgniarki, lecz także spełni swe zadanie w Zakładach Służby Zdrowia, gdzie bezsprzecznie będzie uczyć i pomagać.

J. S.

WIADOMOSCI Z CHIRURGII DLA PIELĘGNIAREK

Dr J. Bogusz, str. 185. Cena 320 zł. Wydawnictwo: Lekarski Instytut Naukowy.

Wobec dotkliwego braku podręczników pielęgniarskich ze szczególną radością powitać trzeba wydane obecnie „Wiadomości z chirurgii dla pielęgniarek". Uczennice Szkół Pielęgniarstwa i kursów dla kandydatek na pielęgniarki muszą wszystkie niemal wykłady notować, a następnie same te notatki opracowywać. Pojawienie się więc takiej książki na półkach księgarskich znacznie ułatwi im pracę.

Książka podaje w sposób prosty i jasny krótkie wiadomości o aseptyce, narkozie, schorzeniach chirurgicznych i pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Szkoda, że pominięto zupełnie wykaz narzędzi opatrunkowych i operacyjnych, najczęściej używanych. Podręcznik ten jest wystarczający dla słuchaczek kursów pielęgniarskich, lecz zbyt popularny dla uczennic szkół i dyplomowanych pielęgniarek, które chciałyby pogłębić swoje wiadomości z chirurgii.

J. S.

LEKARZ WOJSKOWY.

Wydawca: Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej.

Kwartalnik: „Lekarz Wojskowy" jest jedynym pismem w Polsce, poświęconym zagadnieniom wojskowej służby zdrowia. Każdy numer tego pisma przynosi szereg artykułów zarówno z zakresu medycyny klinicznej jak i z higieny wojskowej, epidemiologii, organizacji służby zdrowia, taktyki sanitarnej i zagadnień pokrewnych. „Lekarz Wojskowy" jest pismem w pierwszym rzędzie dla pracowników wojskowej służby zdrowia, ale może i powinien zaciekawić również pracowników cywilnych. Pismo redagowane jest przez komitet redakcyjny, na czele którego stoi *gen. dyw. prof. dr. Bolesław Szarecki*. Sekretarzem odpowiedzialnym redakcji jest *kpt. lek. Tadeusz Rożniatowski*. (Adres redakcji i administracji: Warszawa, Filtrowa 2/4).

Ostatni numer (3) „Lekarza Wojskowego“ imponuje bogactwem treści i szerokim zakresem poruszanych zagadnień.

Mjr lek. dr A. Margiewicz omawia organizację służby zdrowia w pułku. Ppłk lek. A. Pechner w obszernym artykule opisuje nowoczesne środki i sposoby wynoszenia rannych z pola walki, opierając się w dużej mierze na własnych doświadczeniach z I Armii. Por. lek Rudowski porusza zagadnienie możliwości wojny bakteriologicznej. Ppłk lek. A. Handelzalc w okolicznościowym artykule omawia osiągnięcia radzieckiej wojskowej służby zdrowia. Prokurator Najwyższego Trybunału Narodowego dr J. Sawicki w artykule pt. „Obowiązki lekarza w świetle karnego prawa międzynarodowego“ porusza zagadnienie zbrodni, dokonywanych przez lekarzy niemieckich. Prokurator tegoż Trybunału dr T. Cyprian w artykule pt. „Granice uprawnień lekarza“ omawia zagadnienie etyki lekarskiej w świetle wyroku sądu norymberskiego nad niemieckimi lekarzami przestępcami.

W dziale klinicznym dr Jasiński omawia postępy chirurgii w ostatnim ćwierćwieczu. Dr Masztak pisze o dożylnym stosowaniu nowokainy w celach leczniczych, Dr Dryjski o wycięciu żołądka w przypadkach przedziurawionych wrzodów żołądka i dwunastnicy. Mjr lek. D. Dobrowolski omawia zagadnienie sportu i jego granic. Dr Łukasik pisze o urazach w sporcie.

Ponadto w numerze notatki z medycyny praktycznej (Dr S. Lem „Angina Plaut-Vincenti“), notatki z historii medycyny oraz bogaty dział tłumaczeń i streszczeń a także kronika. W dziale tłumaczeń i streszczeń poruszone są zagadnienia chirurgii polowej, skutków działania bomby atomowej zagadnienia służby dentystycznej i wychowania fizycznego.

Czasopismo bogato ilustrowane, wydane bardzo starannie.

P.

ZDROWIE PSYCHICZNE

Nr 1—2 (7—8) Rok 3.

Znajdujemy tu między innymi bardzo interesujący artykuł Dr. L. Korzeniowskiego „Leukotomia przedczołowa i jej znaczenie dla leczenia chorób psychicznych".

Autor podaje, że do psychiatrii wprowadzono w bieżącym stuleciu szereg nowych sposobów leczenia, np. terapię gorączką zimniczą, wstrząsami insulinowymi, kardiazolowymi i elektrycznymi. Sposoby te, aczkolwiek w bardzo wielu przypadkach skuteczne, jednak nie w każdym dają pożądane wyleczenie, a to stwarza konieczność dalszego szukania nowych dróg w lecznictwie psychiatrycznym. Leucotomia (wzgl. lobotomia) praefrontalis jest właśnie takim nowym sposobem.

Pracę swą opiera autor na literaturze zagranicznej oraz na dziewięciu zabiegach leukotomii przedczołowej, które wykonano na klinice neurochirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Leukotomię, ze względu na pewne ryzyko zabiegu, stosuje się tylko u chorych, u których zawiodły wszelkie inne sposoby leczenia. Chorzy tacy, skazani dawniej na dożywotni pobyt w szpitalu psychiatrycznym, po leukotomii przedczołowej powracają (około 35%) do swych zwykłych zajęć. Liczba powyższa mówi o celowości leczenia tym nowym sposobem.

Leukotomia usuwa uczuciowe podłoże psychoz i nerwic. Wskazaniem do jej wykonania jest konieczność usunięcia czynnika nadmiernej uczuciowości i podniecenia ruchowego, a warunkiem pomyślnego jej działania jest brak otępienia uczuciowego. Leukotomię wykonuje się w schizofrenii, stanach melancholicznych, w stanach urojeniowych, w natręctwach, w stanach podnieceń epileptycznych oraz w cierpieniach połączonych z bólami wywołanymi przez przerzuty nowotworowe.

Rokowanie jest gorsze u dzieci niż u dorosłych, a również gorsze u osób, które zachorowały w młodszym wieku.

Technika zabiegu: Zabieg (sposobem Moniza) polega na przecięciu istoty białej obu płatów czołowych, każdego oddzielnie przez dwa symetrycznie z każdej strony zrobione otwory trepanacyjne. Otwory leżą na prostopadłej, pociągniętej od łuku jarzmowego, z miejsca odległego o 3 cm od zewnętrznego brzegu oczodołu, w górę, na odległości 6 cm w kierunku szczytu czaszki; po nacięciu opony twardej wchodzi się tępym narzędziem na 4—5 cm w głąb płatu czołowego. Za pomocą ostrożnego poruszania tępym narzędziem w kierunku sklepienia i podstawy czaszki przecina się istotę białą w czterech kwadrantach.

Płaty czołowe otrzymują ze wzgórka wzrokowego za pośrednictwem dróg czołowo-wzrokowych z ośrodków współczulnych wzgórka i podwzgórza — bodźce uczuciowe. Operacja niszczy część tych połączeń, co zmniejsza napływ bodźców, podniecenie ustępuje, halucynacje i urojenia tracą swą wartość afektywną i znikają.

Jako powikłania pooperacyjne, autor wymienia: bezdech, porażenia połowicze, pobudzenia wymiotne, moczenie się, skłonność do odleżyn, zapalenie płuc opadowe lub zachłystowe. W okresie pooperacyjnym należy zwrócić baczną uwagę na odżywianie, w tym okresie bowiem chorzy często nie łykają pokarmów przetrzymując je długo w ustach. Z zaburzeń psychicznych występują zaburzenia pamięci, uwagi, oraz upośledzenie wszelkich czynności intelektualnych. Należy zająć się reedukacją chorych, trzeba w tym okresie szczególnie starannie się nimi zająć, aby ponownie nauczyć zachowywać się prawidłowo i przystosować do życia w społeczeństwie.

Autor stwierdza, że dzięki leukotomii duży odsetek chorych uważanych dotąd za nieuleczalnych i skazanych na przebywanie przez długie lata w zakładach psychiatrycznych, może być zwrócony społeczeństwu i może prowadzić życie samodzielne,

Janina Szybińska

*

ZDROWIE PUBLICZNE

Nr 5—6

Czerwiec — Lipiec — Sierpień 1948 r. Wydawca: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa. Redaktor Naczelny prof. dr M. Kacprzak.

W artykule wstępnym prof. Kacprzak omawia hierarchię zadań, jakie stoją przed polską służbą zdrowia w okresie realizacji planu sześcioletniego.

Teoretyczne zagadnienia planowej gospodarki w służbie zdrowia omawia w obszernym artykule Wiceminister Zdrowia dr J. Sztachelski.

Dr L. Korzeniowski pisze o obecnym stanie lecznictwa psychiatrycznego w Polsce i między innymi porusza zagadnienie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Autor uważa, że konieczne jest szkolenie specjalnego personelu pielęgniarskiego — męskiego dla szpitali psychiatrycznych. Planuje się obecnie założenie specjalnej szkoły dla pielęgniarzy psychiatrycznych.

d. c. na str. 36

(c. d. ze str. 35)

„Pielęgniarz dyplomowany w psychiatrii powinien przede wszystkim być doskonale przygotowany w zakresie ogólnym, w dziedzinie chirurgii, pielęgniarstwa cielesnego, higieny, wiadomości z medycyny somatycznej. Prócz tego jednak musi posiadać zasób wiadomości specjalnych z dziedziny opieki nad psychicznie chorymi, z dziedziny terapii, pracy wychowawczej itd. oraz przejść dłuższą praktykę na oddziałach psychiatrycznych".

Autor proponuje żeby do przyszłej szkoły pielęgniarzy psychiatrycznych skierować zdolnych pielęgniarzy niedyplomowanych po kursie i egzaminie przygotowawczym oraz inne osoby o odpowiednim przygotowaniu i cenzusie.

O zwalczaniu jaglicy i okulistyce społecznej pisze dr L. Rostkowski.

Zagadnienia szkolnictwa służby zdrowia i sprawę demokratyzacji szkolnictwa omawia Z. Branowitzer. Autor zwraca uwagę na wpływ ustroju społecznego i walki klasowej na szkolnictwo zawodowe. Na podstawie ciekawego materiału statystycznego autor wykazuje, że w Polsce przedwrześniowej młodzież pochodzenia robotniczego i chłopskiego miała minimalny dostęp do szkół zawodowych wyższych i średnich podczas gdy uprzywilejowana była młodzież ze środowiska przedsiębiorców, ziemiańskiego, urzędniczego i wolnych zawodów. Polska Ludowa udostępniła szkoły zawodowe przede wszystkim młodzieży robotniczej i chłopskiej. Ciekawe i znamienne są cyfry o rozwoju szkolnictwa w Polsce Ludowej. Podczas gdy w latach 1937/38 było 14 szkół dla średniego personelu lekarskiego, obecnie czynnych jest 27 a w organizacji — dalszych 13. Obok szkół dawnego typu tj. szkół pielęgniarstwa i szkół położnych, powstają również

W księgarniach i kioskach

szkoły pielęgniarsko-położnicze, asystentek technicznych i piastunek (kształcące personel dla żłobków, dziecińców i innych instytucji opieki nad dzieckiem). Autor omawia też zagadnienie awansu społecznego absolwentów średnich szkół zawodowych i udostępnienia dyplomowanym pielęgniarkom studiów uniwersyteckich.

Dr A. Gasperowicz w obszernym artykule omawia organizację pogotowia ratunkowego, opierając się na bogatych doświadczeniach ZSRR. Autor podaje szereg danych statystycznych, które pozwalają organizować pracę Pogotowia w sposób planowy, porusza zagadnienia wewnętrznej organizacji stacji pogotowia, kontroli pracy personelu, sprawozdawczości, zaopatrzenia itd.

Dr S. Tubiasz pisze o szpitalnictwie polskim w świetle cyfr.

Dr Titkow w artykule „O właściwą postawę" porusza zagadnienie naukowej współpracy z zagranicą, wskazuje na nasze własne osiągnięcia na polu naukowym i na korzyści wypływające z naukowych kontaktów z zagranicą. Autor przeciwstawia się wszelkim tendencjom bezkrytycznego ustosunkowania się do nauki anglosaskiej i ulegania wpływom wrogiej nam propagandy. Autor apeluje do naukowców polskich, aby nie zachowywali się za granicą jak ubodzy krewni, ale jak przedstawiciele kraju, biorącego czynny udział w rozwoju nauki, aby nie zapominali o godności narodowej. Autor przypomina, że w porównaniu z okresem przedwojennym, polska nauka rozszerzyła swoje kontakty z zagranicą o kontakt z postępową nauką radziecką, od której w okresie międzywojennym byliśmy oderwani.

St. Adamowiczowa podaje dane o umieralności na raka w Kanadzie.

B. Szumińska porusza zagadnienie planowej organizacji pracy położnych.

M. Minczewska omawia zagadnienie szkolenia przodowników zdrowia z punktu widzenia instruktorki pielęgniarstwa społecznego.

W dziale Wolna Trybuna znajdujemy artykuły: dr W. Kosińskiego o mianownictwie i klasyfikacji chorób gośćcowych, dr S Jabłońskiej o społecznym znaczeniu tzw. akcji „W". Ponadto w numerze: omówienie wydawnictw, notatki demograficzne, kronika służby zdrowia ZSRR, Czechosłowacji, Francji, Szwajcarii i z kraju oraz sprawozdanie z pierwszego światowego kongresu zdrowia ONZ.

* * *

WIADOMOŚCI LEKARSKIE, *dwumiesięcznik, Nr 1, rok I. Czasopismo, wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych dla lekarzy, pracujących w Ubezpieczalniach Społecznych.*

Zagadnienia, poruszane w tym piśmie, zaciekawią w dużej mierze i pielęgniarki, jako najbliższe współpracownice lekarzy, dlatego też polecamy je naszym czytelniczkom.

W 1 numerze niewątpliwie wzbudzą zainteresowanie następujące artykuły:

Budownictwo Szpitalne w Polsce, Dr M. Łącki.

Autor analizuje sprawy lecznictwa szpitalnego w Polsce i przedstawia plany rozbudowy sieci szpitalnej. Dla porównania autor cytuje statystyki, dotyczące ilości lekarzy i pielęgniarek w różnych krajach. Opierając się na wykazach liczby ubezpieczonych, autor stawia wniosek, aby dla ubezpieczonych przyjąć współczynnik 6 łóżek szpitalnych na 1000 osób, a dla reszty ludności — nie ubezpieczonej — 4,9 łóżek na 1000 mieszkańców. W dalszym ciągu artykułu autor rozpatruje sprawę leczenia chorych na gruźlicę.

Udział Z.U.S. w szkoleniu pielęgniarek, J. Szlagowska.

Artykuł opisuje udział Z. U. S. w szkoleniu pielęgniarek i omawia zasady szkolenia w Szkołach Pielęgniarstwa Z.U.S. we Wrocławiu i Siemianowicach.

Medycyna starości, M. Peszczyński.

Problem ważny zarówno z punktu widzenia społeczno-gospodarczego, jak i populacyjnego. Autor omawia istotę, objawy i choroby starości oraz wyniki zabiegów chirurgicznych i leczenia hormonalnego u starców. Artykuł uzupełniają streszczenia z prac obcych na temat problemu starości.

„O rodzinach, którym nie chowają się dzieci", prof. M. Michałowicz.

Autor wyjaśnia rolę czynnika Rh, który decyduje o zdolności do życia dziecka z małżeństwa o różnych Rh (Rh+ i Rh—).

Leczenie sanatoryjne gruźlicy, Dr M. Telatycki.

Autor z głęboką znajomością rzeczy omawia leczenie sanatoryjne i leczenie klimatyczne oraz przytacza ostatnie poglądy na te sprawy. Szkicuje następnie wzorowy rozkład dnia dla chorych w sanatoriach gruźlicznych, rozpatruje racjonalne stosowanie diety i wprowadzenie zajęć dla chorych.

„FELCZER I AKUSZERKA" Nr 8, miesięcznik, wydawany przez Min. Zdrowia ZSRR w Moskwie.

„Czteroletni kurs nauk w szkołach felczersko - położniczych", I. S. Sokołow.

Autor podaje stan liczbowy personelu lekarskiego w Rosji przedrewolucyjnej, który wynosił 19 800 lekarzy i około 50 000 personelu pomocniczego, w tym: 29 000 felczerów i położnych oraz 10 000 pielęgniarek. W samym zaś roku 1940 ukończyło naukę 16 375 lekarzy i ponad 83 000 felczerów, położnych i pielęgniarek. W Rosji carskiej szkoły stały na niskim poziomie, obecnie zaś, w celu zapewnienia należytej sanitarnej opieki licznym rzeszom ludzi pracy, Min. Zdrowia rozszerzyło programy szkół felczersko - położniczych, przedłużając kurs nauk do 4 lat i rozszerzając program, w którym większy nacisk położony jest na praktykę.

„O zastosowaniu antybiotyków i penicyliny" pisze M. I. Sokołow i prof. Szłapoberskij.

Trzy następne artykuły poświęcone są zagadnieniom nowotworów.

„Dieta w chronicznych schorzeniach jelit" — Dr med. I. F. Lorce.

„O zagadnieniu starości i długowieczności" N. S. Malik-Paszajew. Autor omawia zagadnienie starości i długowieczności, którym zajmuje się obecnie nauka sowiecka, jako ważnym problemem państwowym. Spis ludności, przeprowadzony w r. 1926, wykazał 29 562 ludzi w wieku ponad 100 lat życia. Przytaczając wypowiedzi wielu uczonych na temat starości, autor kończy tym zdaniem: „Sztuka przedłużania życia polega na tym, aby go nie skracać".

„O organizowaniu stacji urazowych w kopalniach" pisze J. G. Dubrow. W dziale — Historia medycyny — znajdujemy życiorys i opis działalności M. Curie-Skłodowskiej.

Z innych zagadnień poruszane są tu: płukanie żołądka, injekcje wśródskórne, domięśniowe podawanie roztworu ichtiolu.

*

„MEDICINSKAJA SIESTRA" Nr 9, miesięcznik, wydawany w Moskwie przez Min. Zdrowia ZSRR.

W artykule od Redakcji znajdujemy wyjaśnienie rozporządzeń Min. Zdrowia o połączeniu ambulatoriów i poliklinik z odpowiednimi szpitalami miejskimi. Rozporządzenia te mają na celu podniesienie jakości udzielanej pomocy leczniczej i działalności profilaktycznej przez stale uzupełnianie wiadomości i doświadczenia lekarzy oraz personelu pomocniczego. Stwierdzono, że lekarze kliniczni w szpitalach wyposażonych w rentgen, laboratoria i inne pomoce naukowe, zdobywają największy zasób doświadczenia. Tych pomocy naukowych są pozbawieni lekarze pracujący w ambulatoriach. Przy obecnym, zreorganizowanym systemie, lekarze ambulatoryjni i lekarze szpitalni będą wzajemnie się zastępowali. To samo dotyczy pielęgniarek. Wymiana taka ma na celu zapoznanie się personelu ambulatoryjnego z pracą na oddziałach szpitalnych i odwrotnie.

Trzy następne artykuły poświęcone są zagadnieniom raka: piersi — doc. *W. N. Chodkow*, przełyku — *M. S. Tejman* i prostnicy — *E. i G. Curinowa*. Technik rentgenologiczny *A. L. Rombro* przytacza zasady opieki nad chorym przed i po zabiegach rentgenoterapii. Z działu pielęgniarstwa społecznego znajdujemy artykuł *R. M. Pinesa*, dotyczący czuwania pielęgniarki nad stanem zdrowotnym dzieci w pierwszym oddziale szkoły. Kurs podaje wyniki z przeszkalania pielęgniarek na oddziałach szpitalnych.

Odpowiedzi redakcji, kronika i recenzje nowych podręczników dla pielęgniarek kończą numer.

*

„PIELĘGNIARKA KANADYJSKA". **Miesięcznik ten wydawany przez Stowarzyszenie Pielęgniarek Kanadyjskich, objętości około 75 stronic,** zawiera artykuły w języku angielskim i francuskim, ponieważ oba te języki są w Kanadzie przyjęte jako oficjalne.

Z artykułu wstępnego dowiadujemy się że Kanada posiada około 20 tysięcy pielęgniarek, z których około 6 000 pracuje prywatnie, a 14 000 w instytucjach lecznictwa zamkniętego i otwartego.

Poza tym znajdujemy dwa artykuły dr dr R. A. Wilsona i C. A. Mac Donalda, opisujące przebieg i leczenie gastro-enteritis u dzieci, a dwa następne, pisane przez pielęgniarki, M. H. Canty i J. Hocking, o pielęgnowaniu, dotkniętych tą chorobą dzieci, w szpitalu i domu prywatnym.

„Zagadnienie wymowy u dzieci" M. B. Cardozo. Artykuł podkreśla konieczność zwracania uwagi na dobrą wymowę i leczenie jej wad już od wczesnego dzieciństwa.

„Zagadnienie diety w szpitalu" G. H. Zorris, mgr. piel. Omówienie tej sprawy z punktu widzenia gospodarczego.

„Wystawa" M. Shore. Wskazówki, jak należy urządzać wystawy propagandowe, dotyczące zagadnień pielęgniarstwa i higieny.

„Pielęgniarki społeczne w przemyśle" C. Leleu. Omówienie początków pracy pielęgniarek w fabrykach oraz obecnych zadań i systemu pracy.

„Pielęgniarstwo szpitalne" M. Myers, dypl. piel. Artykuł omawia cel szpitala, wymagania stawiane pielęgniarkom, ich zadania i odpowiedzialność, rolę uczennic szkół pielęgniarskich w szpitalu oraz przyczyny ogólnie odczuwanego braku pielęgniarek.

„Czynnik Rh" Dr I. W. Brown (w języku francuskim). Autor podaje najważniejsze wiadomości o czynniku **Rh** i jego dziedziczności.

Dział uczennic Szkół Pielęgniarstwa przynosi artykuł Małgorzaty Ford, uczennicy Szk. Piel. w Kamloops **„o paraliżu, spowodowanym przez ukąszenie kleszcza".** Wypadek ten był obserwowany przez autorkę u pielęgnowanej przez nią, 4-letniej dziewczynki.

Przy końcu numeru znajdujemy artykuł pt. **„Nasilenie chorób zakaźnych zależne od pory roku"**, oraz biuletyn statystyczny.

*

„AMERYKAŃSKI DZIENNIK PIELĘGNIARSKI" **(American Journal of Nursing)** zawiera kilka ciekawych artykułów a między nimi **„Zatrucia w przemyśle"**, przez Dr Lloyd M. Farnera. Autor podaje, że przed kilku laty ludzie, zatrudnieni w przemyśle, żyli o 7 lat krócej od pracowników innych zawodów. Obecnie żyją przeciętnie krócej o jeden rok. Choroby i wypadki zabierają rocznie od 8 — 10 dni pracy. Autor zwraca uwagę na pracę pielęgniarek fabrycznych, zwłaszcza zaś na rolę, jaką mogą spełnić przy zapobieganiu chorobom zawodowym i zatruciom w czasie pracy.

„Wykaz zatruć w przemyśle", przez R. A. Gordon, dypl. piel. Podkreśla konieczność zapoznawania się pielęgniarek fabrycznych z materiałami, którymi operują robotnicy fabryczni i z ich szkodliwością dla organizmu. Dołączony jest wykaz najważniejszych zatruć, objawów i pierwszej pomocy.

d. c. na str. 38

c. d. ze str. 37

Poza tym znajdujemy tu:

„Pacjenci wymagają większej opieki", przez Binhammer, Loveland i Ellis, dypl. piel.

Artykuł omawia stosowanie nowych metod leczenia. Zwiększają one pracę pielęgniarki, a to pociąga za sobą konieczność zwiększenia personelu.

„Newralgia nerwu trójdzielnego", przez Dr H. H. Merrit. Przebieg kliniczny i metody leczenia.

„Pielęgnowanie przy newralgii nerwu trójdzielnego", przez H. Fedder, dypl. piel. Opis pielęgnowania chorych w powyższej chorobie.

„Pielęgnacja piersi kobiety karmiącej", przez F. Hoffert, dypl. piel. Nowa technika pielęgnowania piersi, zapobiegająca pękaniu brodawek.

„Praca pielęgniarki w obozach letnich", przez D. R. Schwartz, dypl. piel. O pracy pielęgniarki i prowadzeniu kart zdrowia.

„Najpospolitsze pasożyty jelitowe", przez Dr H. B. Shookhoff. Omówienie pasożytów najczęściej spotykanych.

„Tularemia" Dr E. M. Ory. Historyczny i kliniczny opis tej choroby i sposób stosowania streptomycyny z pomyślnym wynikiem.

„Pielęgnowanie w tularemii", przez S. G. Tillman, dypl. piel. O potrzebie akcji uświadamiania i pouczania pacjentów, celem zapobieżenia w miarę możności szerzeniu się tej choroby.



Wolna Trybuna

O czynną postawę pielęgniarki wobec zawodu

Kiedy w połowie ubiegłego stulecia Florencja Nightingale ośmieliła się zostać pielęgniarką i postawić pielęgniarstwo na poziomie zawodu odpłatnego i wymagającego wyszkolenia, spotkała się z oburzeniem społeczeństwa. Wielu ludzi, nawet w obecnych czasach, podpisałoby się pod ówczesnym pojęciem, że „stanowisko pielęgniarki jest mniej więcej takie, jak domowej służącej; nie potrzebuje się wiele uczyć — jedynie kładzenia kataplazmów, przestrzegania czystości i baczenia na potrzeby chorych".

Jednak idea pielęgniarstwa, jako zawodu, przyjęła się niewątpliwie. Pozostała tylko kwestia postawienia pielęgniarstwa na właściwej płaszczyźnie. Jeżeli chodzi o nasze stosunki, to częstokroć nie dorośliśmy jeszcze do cenienia pracy zawodowej, dla samej pracy. W większości wypadków zawód jest traktowany jako sposób zabezpieczenia sobie bytu materialnego, lub zdobycia stanowiska w społeczeństwie.

„W społeczno - ideologicznej osobowości inteligenta polskiego wciąż jeszcze walczy dawny szlachcic, człowiek bez zawodu, miłośnik różnych amatorskich zajęć, z nowoczesnym człowiekiem warsztatu pracy zawodowej" — pisze prof. Chałasiński w „Społecznej genealogii inteligencji polskiej". Odnosi się to i do naszego zawodu. Można było zaobserwować, szczególnie podczas wojny, kobiety pracujące ochotniczo w szpitalach, częstokroć z wielkim oddaniem, większość z nich jednak nie zgodziłaby się na pozostanie zawodowymi pielęgniarkami.

Dlaczego tak jest? — odpowiedzią na to może być tylko nieugruntowane społecznie stanowisko naszego zawodu. Medycyna, prawo, inżynieria to zawody szanowane i ogólnie uznane. Charakterystyczny jest fakt, że jeszcze do niedawna pielęgniarka była traktowana w niektórych instytucjach Służby Zdrowia jako pracownik fizyczny.

Zresztą niedocenianie zawodu wynika może i z naszej winy. „Niebezpieczeństwo stanowi to, że się stoi na miejscu, zamiast się rozwijać" — pisze Florencja Nightingale. Większość z nas po otrzymaniu dyplomu, rozpoczynając pracę, zapomina, że medycyna to nauka wiecznie postępująca naprzód. Bezduszna mechanizacja pracy zmienia sztukę w rzemiosło. Słusznie pisze prof. Szenajch: „posiadaczka dyplomu pielęgniarskiego może być człowiekiem służby społecznej, albo handlarką wzniosłym towarem". Ale, żeby być człowiekiem służby społecznej, trzeba żyć ze społeczeństwem, znać jego dążenia, przeobrażenia, trzeba ciągle kształcić się samemu.

Sprawa ta nabiera ogromnego znaczenia w naszej obecnej rzeczywistości państwowej. Zdajemy sobie sprawę jasno z tego, do czego dążymy. Państwo przebudowywuje się społecznie. Wysuwa się na czoło warstwa ludzi pracujących. Przemiany te nie mogą być nam obce. I dlatego wprowadzamy dziś do programu szkolenia zawodowego takie przedmioty np. jak Polska Współczesna. Trzeba zrozumieć co się dzieje wokół nas, aby móc znaleść swoje miejsce w układzie społecznym.

Powstał Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, a w jego ramach sekcja pielęgniarska. Nie sprowadzajmy naszego udziału w Związku tylko do płacenia składek i uzyskiwania korzyści materialnych. Wykorzystujmy nasze sekcje do celów samokształcenia, organizujmy świetlice, dokształcajmy się zawodowo i ogólnie, rozszerzajmy horyzonty naszych zainteresowań. To są sprawy żywo obchodzące nas wszystkie.

Jak wspomniałam wyżej, jesteśmy świadkami przemiany ustroju społecznego w naszym państwie. Możemy wobec życia społecznego zająć postawę czynną lub bierną. Rozejrzyjmy się wokół siebie. Niestety, większość inteligencji, a w tej liczbie i pielęgniarki, zajmuje postawę bierną, a niekiedy nawet negatywną. Jasnym jest, że w chwili przełomu, w chwili rewolucji socjalnej, chociaż odbywającej się bezkrwawo, nie każdy może zmienić od razu swoje poglądy polityczne czy społeczne. Jednak nasza etyka zawodowa wymaga od nas czynnej postawy wobec społeczeństwa, niezależnie od naszych przekonań.

Stoimy przed wielkim zadaniem. Państwo wprowadza upowszechnienie Służby Zdrowia i oczekuje od nas nie tylko współpracy fachowej, ale i pracy społecznej w całym tego słowa znaczeniu. Wyjdźmy poza obręb wykonywania tylko zabiegów i prac zleconych przez lekarza, wejdźmy głębiej w środowisko społeczne, w którym pracujemy. Kształcąc się, ugruntujemy wiedzę. Pogłębiajmy więc nasz stosunek do otoczenia, a wtedy zdobędziemy w społeczeństwie właściwe miejsce i uznanie dla naszego zawodu.

MINCZEWSKA MARIA
(Pielęgniarka, instruktorka pielęgniarstwa na powiat Zamość).



PRAWNIK ODPOWIADA

CZAS PRACY PIELĘGNIAREK I SŁUŻBY ODDZIAŁOWEJ W ZAKŁADACH LECZNICZYCH

Jedną z większych zdobyczy klasy pracującej było uzyskanie ustawowego unormowania czasu pracy pracowników, zatrudnionych — na podstawie umowy — we wszystkich zakładach pracy, choćby na zysk nie obliczonych, bez względu czy zakłady te są własnością prywatną, państwową, czy też samorządową.

Czas pracy osób, zatrudnionych w zakładach leczniczych, był unormowany rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej w ten sposób, że mógł wynosić na dobę 10 godzin, a na tydzień 60 godzin. Pracę tę uważano za normalną t. zn., że wynagrodzenie za przepracowane godziny nadliczbowe przysługiwało dopiero w przypadku, gdy praca przekraczała 10 godzin na dobę względnie 60 godzin na tydzień.

Rząd nasz w trosce o dobro ludzi pracy zmienił powyższe przepisy w ten sposób, że czas pracy pracownika w zakładach leczniczych nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 48 godzin na tydzień.

Za pracowników (w zakładach leczniczych), do których stosuje się powyższe przepisy, uważa się pielęgniarki (pielęgniarzy) oraz służbę oddziałową, której praca, związana z obsługą chorych, polega na dozorze i opiece nad chorymi. Przepisy te nie odnoszą się do personelu administracyjnego ani do osób, zatrudnionych w gospodarstwie zakładu leczniczego, których praca nie polega na dozorze i opiece chorych.

Przepis ustawowy pozwala wprawdzie na przedłużenie czasu pracy w jednej zmianie do 10 godzin na dobę i 60 godzin na tydzień, jednak pod tym warunkiem, że w innym tygodniu czas pracy zostanie odpowiednio skrócony. Dalszym warunkiem jest, że ogólny czas pracy w okresie trzech tygodni nie może przekroczyć 144 godzin. W takim wypadku przedłużenie czasu pracy nie może być uważane za godziny nadliczbowe.

Mimo unormowania tygodniowego czasu pracy na 48 godzin, bądź w ciągu trzech tygodni 138 godzin, pracownikowi przysługuje jednak po przepracowaniu w tygodniu 46 godzin., dodatek do wynagrodzenia za godziny nadliczbowe według ustalonych norm. (Co najmniej 50% dodatku do płacy normalnej za pracę nadliczbową do 2 godzin dziennie, a co najmniej 100% za pracę nadliczbową ponad 2 godziny dziennie oraz za pracę w godzinach nadliczbowych, przypadających na noc, w niedzielę i święta).

Zupełnie zrozumiałe jest, że pracownik powinien mieć możność spożywania posiłku w godzinach pracy, a nadto z powodu konieczności utrzymania ciągłej pracy przy chorych z jednej strony i uwzględniania potrzeb pracowników z drugiej strony, że przesuwanie zmian pracy winno następować nie rzadziej niż co siedem dni. W następstwie pracy na zmiany, pracownik, który przepracował niedzielę, powinien otrzymać w zamian wolny dzień w tygodniu.

Ostatnia wojna silnie przetrzebiła szeregi pielęgniarek i mimo tworzenia i prowadzenia nowych szkół pielęgniarek odczuwa się brak wykwalifikowanych sił. Uważając zdrowie obywateli za największe dobro społeczeństwa rozporządzenie zezwala w okresie najbliższych trzech lat przedłużyć czas pracy do 10 godzin na dobę i 60 godzin na tydzień w zakładach leczniczych, w których 48 godzinny tydzień pracy nie może być wprowadzony dla braku wykwalifikowanego personelu na rynku pracy, jednak pod warunkiem uzyskania zezwolenia okręgowego inspektora pracy i po wysłuchaniu opinii związku zawodowego, obejmującego dany zakład pracy.

W wypadkach takich pracownicy otrzymują dodatek do wynagrodzenia za pracę ponad 8 godzin na dobę, w sobotę 6 godzin lub 46 godzin na tydzień według norm wyżej podanych.

Przepisy powyższe obowiązują od dnia 16 czerwca 1948 r. tj. od dnia ogłoszenia w Dzienniku Ustaw rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, wydanego w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Obrony Narodowej w sprawie czasu pracy pielęgniarek i służby oddziałowej w zakładach leczniczych.

OB. K. Z. zapytuje **co rozumiemy pod „prawem praktyki pielęgniarskiej"?**

Praktyka pielęgniarska obejmuje zawodowe pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych; wykonywanie zleceń lekarza przy chorych, pracę w zakładach leczniczych; instytucjach zapobiegawczych; zakładach opiekuńczych; instytucjach społecznych; szkołach; zakładach przemysłowych oraz w domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom.

Zawodowe wykonywanie tych wszystkich czynności przysługuje jedynie tym osobom, które zyskały prawo praktyki pielęgniarskiej w sposób prawem przepisany i którym tym samym przysługuje tytuł pielęgniarki.

Osoby, ubiegające się o uzyskanie prawa wykonywania praktyki pielęgniarskiej oraz prawa używania tytułu pielęgniarki, są obowiązane złożyć egzamin przed Państwową Komisją Egzaminacyjną, powołaną przez Ministra Zdrowia.

Do egzaminu przed Państwową Komisją Egzaminacyjną zostaną dopuszczone te osoby, które odpowiadają następującym warunkom:

1 posiadają obywatelstwo polskie, które udowadnia się przedkładając „dowód obywatelstwa polskiego". Władzą właściwą do stwierdzenia obywatelstwa jest władza administracji ogólnej I instancji tj. starostwo, zaś władzą nadającą obywatelstwo jest władza administracji II instancji tj. urząd wojewódzki (w miastach wydzielonych w Warszawie i Łodzi — Zarząd Miejski);

2 drugim warunkiem jest przedłożenie dokumentu ukończenia 7 klas szkoły powszechnej lub posiadania wykształcenia równorzędnego;

3 wiek kandydatki nie może być niższy od 20 lat i nie może przekraczać 50 lat. Dokumentem, stwierdzającym wiek jest metryka urodzenia lub inny dokument, jak: świadectwo szkolne, metryka zawarcia małżeństwa itp.;

4 dalszym warunkiem jest posiadanie nieskazitelnej przeszłości, co należy stwierdzić przedłożeniem świadectwa niekaralności. Świadectwo niekaralności wydaje biuro ewidencji ludności (wyciąg z rejestru mieszkańców) przy zarządach miejskich lub urzędach gminnych;

5 posiadanie odpowiedniego uzdolnienia fizycznego wykazuje się świadectwem urzędowego lekarza o stanie zdrowia;

6 następnym warunkiem jest dowód wykonywania w ciągu 5 lat praktyki pielęgniarskiej w zakładach leczniczych

D. c. na str. 40



Nasza Korespondencja

„ZACHÓD" ŚWINOUJŚCIE.

Zapytuje nas koleżanka, **w jaki sposób należy prać pierze?**

Jest to wiadomość potrzebna każdej pielęgniarce przy przeprowadzaniu dezynfekcji końcowej, gdy całą pościel należy odkazić.

Pierze z poduszki, lub pierzyny należy przesypać do znacznie większej poszwy, sporządzonej ze ścisłego materiału, aby pierze nie było ściśnięte. Poszwę z pierzem należy prać na obszernej balii z dużą ilością wody z mydłem, zmieniając wodę kilkakrotnie. Płukać należy w kilku wodach. Suszy się je rozkładając na trawniku, uważając, aby pierze było równomiernie rozłożone, cienką warstwą. W zimie możemy suszyć je na strychu, podkładając czysty koc lub prześcieradło. W razie niemożności rozłożenia poszwy po wypraniu, można ją rozwiesić na sznurze, od czasu do czasu wzruszając pierze, aby schło równomiernie i szybko. Gdyby pierze po wysuszeniu zbiło się w kłaczki, należy je przeskubać, odrzucić strzępy i pył, a następnie przesypać do czystej poszwy.

Na drugie pytanie znajdzie koleżanka odpowiedź w dziale „prawnik odpowiada" w następnym numerze pisma.

KOL. MARIA W. z WARSZAWY zapytuje: **czy pielęgniarka ma prawo poinformowania rodziny, że stan chorego jest groźny?**

Ponieważ takie orzeczenie wchodzi w zakres rokowania, zakomunikowanie jego rodzinie należy do lekarza. Jak z listu wynika, Koleżanka jest pielęgniarką oddziałową i często znajduje się w sytuacji, w której pod nieobecność lekarza, musi udzielać rodzinom niektórych informacji. W wypadku nieobecności lekarza, może Koleżanka udzielać wiadomości o stanie chorego jedynie z wyraźnego upoważnienia lekarskiego.

Adres b. Warsz. Szkoły Piel.: Gdańsk - Wrzeszcz, Akademia Lekarska. Za życzenia dziękujemy.

ABSOLWENTKA KURSU SIÓSTR POG. SAN. Z. L. zapytuje: **co to jest przyrząd Leitera?**

Jest to zwój rurki metalowej w kształcie krążka lub hełmu, zakończony z obu końców gumowym drenem. Służy do stosowania suchych, zimnych okładów na głowę lub klatkę piersiową. Górny dren zanurzony jest w wiadrze z zimną wodą, stojącym na stoliku przy łóżku chorego, dolny zaś jest wpuszczony do pustego wiaderka, stojącego na podłodze. Zimna woda, przepływając stale przez rurki, utrzymuje obniżoną temperaturę.

Uwagi z terenu pracy proszę nadesłać, o ile będą interesujące — zamieścimy.

*

OB. KATARZYNA S. z CZĘSTOCHOWY zapytuje: **co to jest dezynfekcja bieżąca i końcowa?**

Dezynfekcją bieżącą nazywamy dezynfekcję, przeprowadzaną stale w czasie trwania choroby zakaźnej. Dotyczy ona:

a) bielizny pościelowej i osobistej chorego, którą przed oddaniem do prania należy zanurzyć do wiadra z 2% roztworem lizolu lub 3% roztworem mydła w gorącej wodzie. Bielizna powinna pozostawać w tym roztworze przez 24 godziny, po czym dopiero może być oddana do prania;

b) wydalin i wydzielin chorego, które przed wylaniem do ogólnych zbiorników kanalizacyjnych należy zalać 10% roztworem lizoformu, lizolu lub karbolu i pozostawić w tym stanie przez 3 godziny;

c) naczyń emaliowanych, porcelanowych i szklanych, które należy gotować przez 10 minut;

d) papieru, np. przeczytanych gazet, które należy spalić;

e) mycia rąk i zmiany fartucha przed wyjściem z pokoju chorego.

Dezynfekcję końcową przeprowadza się w szpitalu lub w domu po wyzdrowieniu chorego. Dezynfekcja końcowa obejmuje meble, pościel, cały pokój i wszystkie przedmioty, których chory używał. Dezynfekcję końcową przeprowadza się środkami chemicznymi lub fizycznymi.

Szkoły Pielęgniarstwa przyjmują kandydatki do lat 30-tu. Adresy znajdzie Obywatelka w dziale „Kronika" niniejszego numeru

*

KOL. Z. WIŁKOMIRSKA, BUKOWIEC.

Dziękujemy za słowa uznania i cieszymy się, że pierwszy numer „Pielęgniarki Polskiej" zainteresował koleżankę. Jednym z zadań pisma jest również utrzymywanie łączności pomiędzy pielęgniarkami.

*

KOL. I. RUSTEYKO, SKIERNIEWICE.

Dziękujemy za miłe słowa i życzymy poprawy w stanie zdrowia.

---

c. d. ze str. 39

lub zapobiegawczych bądź przedłożenie świadectwa ukończenia za granicą jednorocznej szkoły pielęgniarstwa i dwuletniej praktyki pielęgniarskiej.

Osoby, nie posiadające metryk urodzenia, (np. metryki sporządzone poza granicami Państwa, uzyskanie wypisu których jest niemożliwe lub związane z poważnymi trudnościami) mogą uzyskać stwierdzenie treści aktu urodzenia przez sąd grodzki swego miejsca zamieszkania na podstawie innych posiadanych dokumentów lub zeznań świadków.

Do podania o dopuszczenie do egzaminu, oprócz wyżej wymienionych dokumentów, należy dołączyć własnoręcznie napisany życiorys i 2 fotografie z poświadczeniem tożsamości. Podanie wnosi się do właściwego, wg miejsca zamieszkania, urzędu wojewódzkiego.

Ostatnim warunkiem dopuszczenia do egzaminu jest przyjęcie, na podstawie opinii komisji kwalifikacyjnej, działającej przy urzędach wojewódzkich (w Warszawie i Łodzi przy Zarządach Miejskich), na 2-miesieczny kurs przeszkoleniowy i ukończenie tego kursu.

*

OB. M. G. pisze: *„Jak można uzyskać odpis świadectwa maturalnego, uzyskanego w r. 1939 w gimnazjum żydowskim, w Warszawie. — Gimnazjum to mieściło się w późniejszym getcie i zostało zburzone; koleżanek, ani nauczycieli z gimnazjum nie mogę odnaleźć. Piszę do „Pielęgniarki Polskiej", ponieważ mam zamiar wstąpić do Szkoły Pielęgniarstwa; przeszkodą jest właśnie trudność w uzyskaniu tego dowodu".*

Proszę złożyć wniosek do Sądu Grodzkiego w miejscu zamieszkania o odtworzenie świadectwa maturalnego. We wniosku należy podać możliwie dokładną treść zaginionego świadectwa oraz datę jego wydania. Ponadto proszę podać dowody (świadków) na poparcie swego wniosku oraz dołączyć zaświadczenie Zarządu Miejskiego m. st. Warszawy, że wspomniane gimnazjum nie istnieje.

Sąd po ogłoszeniu wniosku w Dz. Urzęd. Min. Oświaty i przeprowadzeniu na rozprawie dowodów, wyda postanowienie, dotyczące odtworzenia świadectwa. Po uprawomocnieniu postanowienia, Sąd wyda Obywatelce jego wypis, który całkowicie zastępuje utracony dokument i posiada moc oryginału.

Mgr S.

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5. Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: 40,— zł, kwartalna 120,— zł, półroczna 240,— zł, roczna 480,— zł. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, 1/2 str. 25 000 zł, 1/4 str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str. 5 000 zł. Z.G. „P.W." 12. 48. Nr 1569. 10 000. W-13498